

RAPPORT SUR LE RETARD PRIS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

SYNTHÈSE

RAPPORT SUR LE RETARD PRIS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

SYNTHÈSE

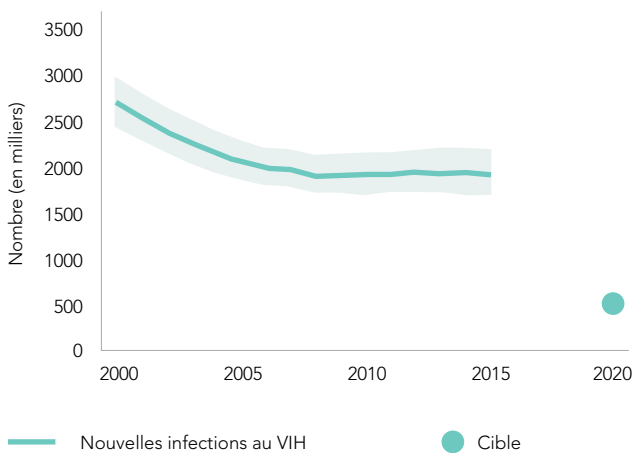
SYNTHÈSE

Le rapport complet, y compris les estimations de l'ONUSIDA pour 2016 et autres données par pays, est disponible à l'adresse : <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016>.

Les progrès considérables de la riposte au sida au cours des 15 dernières années ont inspiré un engagement mondial pour mettre fin à l'épidémie d'ici 2030. Le passage à échelle remarquable de la thérapie antirétrovirale a mis le monde sur la bonne voie pour atteindre l'objectif concernant les décès liés au sida. Des efforts intensifs en matière d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont permis une forte baisse du nombre annuel de nouvelles infections au VIH chez les enfants, passé de 290 000 [250 000 à 350 000] en 2010 à 150 000 [110 000 à 190 000] en 2015.

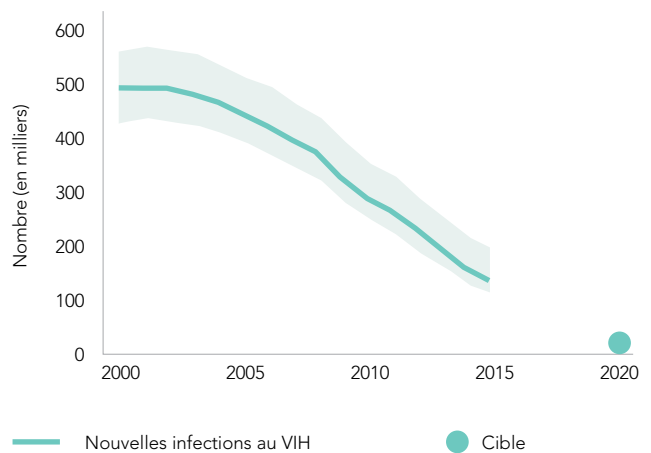
Toutefois, des problèmes subsistent en matière de prévention du VIH chez les adultes. La baisse du nombre de nouvelles infections au VIH chez les adultes a ralenti, menaçant les nouvelles avancées vers la fin de l'épidémie de SIDA. Depuis 2010, le nombre annuel de nouvelles infections chez les adultes (15+) est resté stable à environ 1,9 million [1,7 à 2,2 millions, intervalle de 2015].

Nouvelles infections au VIH chez les adultes (âgés de 15 ans et plus), monde, 2000–2015



Source : Estimations ONUSIDA 2016.

Nouvelles infections au VIH chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans), monde, 2000–2015



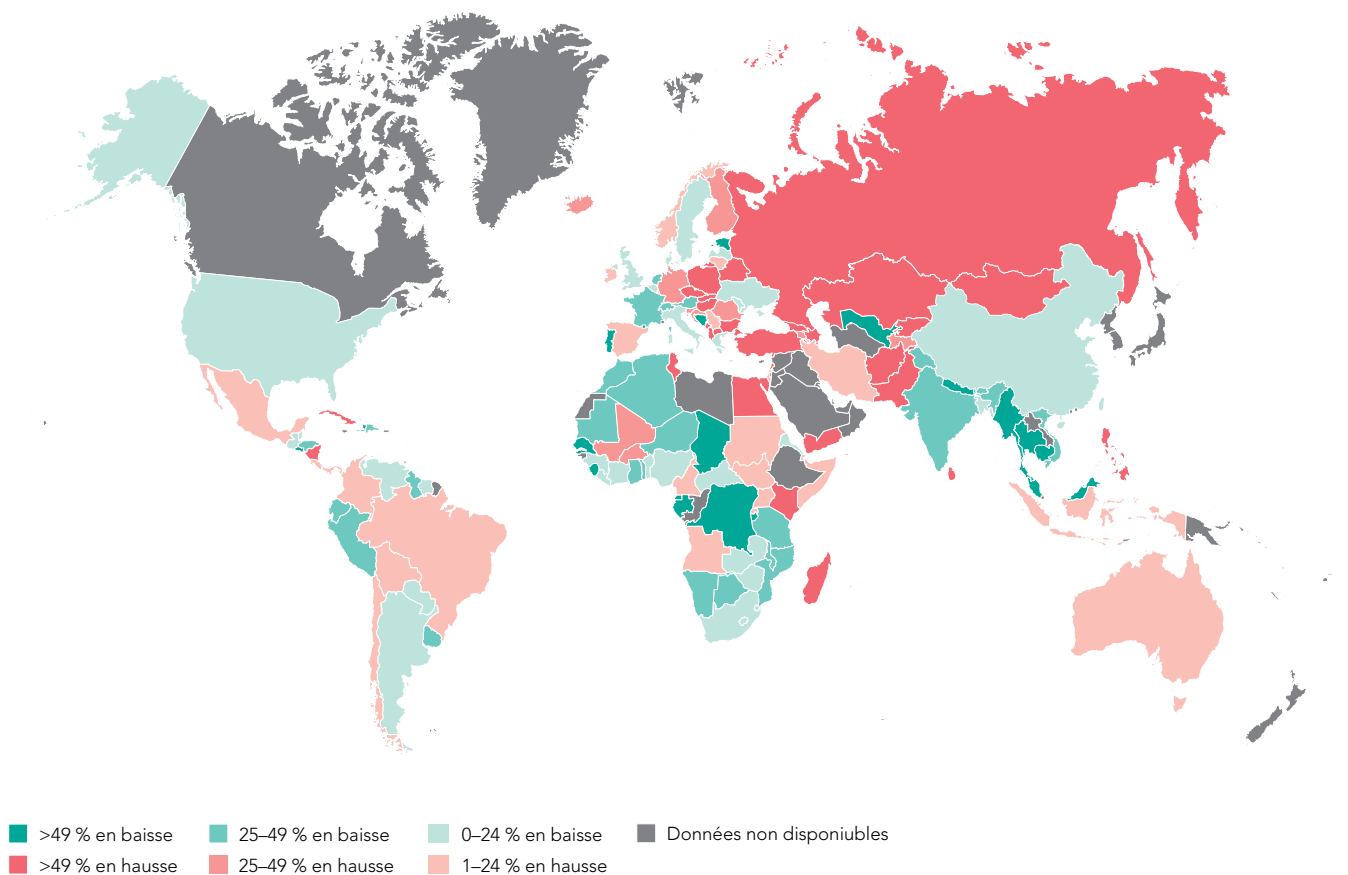
Source : Estimations ONUSIDA 2016.

L'Assemblée générale des Nations Unies a décidé en juin 2016 que pour mettre au fin au sida d'ici 2030, une réponse accélérée est nécessaire en vue d'atteindre les trois étapes suivantes d'ici 2020 :

- Réduire les nouvelles infections au VIH, dans le monde, à moins de 500 000 d'ici 2020.
- Réduire les décès liés au sida, dans le monde, à moins de 500 000 d'ici 2020.
- Éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH d'ici 2020.

Les efforts pour atteindre moins de 500 000 nouvelles infections au VIH d'ici 2020 sont mal engagés. Cette conclusion simple renvoie à un tableau mondial divers et complexe. Les données de 146 pays montrent que certains ont réussi à baisser le nombre de nouvelles infections au VIH chez les adultes de 50 % ou plus au cours des 10 dernières années, tandis que beaucoup d'autres n'ont pas fait de progrès mesurables, et que d'autres encore ont connu une augmentation inquiétante des nouvelles infections au VIH.

Variation en pourcentage des nouvelles infections à VIH chez les adultes (âgés de 15 ans et plus), 2005-2015



Sources : Estimations ONISUDA 2016 ; Centre européen de prévention et contrôle des maladies (Autriche, Belgique, Bulgarie, Croatie, Chypre, République tchèque, Danemark, Estonie, Finlande, France, Allemagne, Hongrie, Islande, Irlande, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Royaume-Uni, Albanie, Andorre, Bosnie-Herzégovine, Macédoine, Israël, Monténégro, saint-Marin, Serbie, Suisse et Turquie) ; Centre pour de prévention et contrôle des maladies. Rapport de surveillance du VIH, 014 ; vol. 26. <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/> . Publié en novembre 2015. Consulté le [10 juillet 2016]. Fédération de Russie : Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2016. Chine : Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde soumis en 2016.

Retards de la prévention en matière de couverture des services de prévention essentiels

Les progrès programmatiques sont également inégaux. Le passage à échelle des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant n'a pas été accompagné de progrès équivalents dans d'autres domaines clés de la prévention, et il reste donc des lacunes importantes dans les services proposés. Les progrès dans la fourniture et l'utilisation des préservatifs ont marqué un arrêt ; les besoins non couverts, en Afrique subsaharienne uniquement, sont de plus de 3 milliards de préservatifs masculins par an, soit plus de 50 % des besoins estimés. La circoncision masculine médicale volontaire a connu une expansion rapide, pour atteindre près de 11,7 millions d'hommes dans 14 pays prioritaires en quelques années à peine, mais le nombre annuel de circoncisions réalisées dans ces pays a diminué en 2015 par rapport à 2014. Les principaux services de réduction des risques ne sont pas disponibles dans la plupart des pays où l'injection de drogues a été documentée. La promesse de l'un des outils les plus récents dans l'arsenal de prévention du VIH — la prophylaxie pré-exposition (PPrE) — commence à peine à se réaliser avec une poignée de pays qui vont de l'avant en passant de projets de démonstration réussis aux autorisations réglementaires complètes et au déploiement de programmes.

Dans le même temps, l'effet préventif de la thérapie antirétrovirale s'est avéré limité, car 40 % [35 à 44 %] des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique et 62 % [59 à 65 %] des personnes vivant avec le VIH n'ont pas atteint la suppression virale, ce qui reste bien éloigné de la cible 90-90-90. En d'autres termes, près de deux tiers des personnes vivant avec le VIH peuvent transmettre le virus à moins qu'on ne leur fournisse des outils de prévention et les capacités nécessaires pour les utiliser. La prévention primaire a été un élément essentiel de la riposte dans le passé, le reste dans le présent, et le sera encore longtemps dans l'avenir.

Populations et localisations les plus démunies

Le caractère hétérogène de l'épidémie du VIH souligne l'importance d'une approche localisation-population pour une planification et une programmation efficaces des services de prévention du VIH.

De nombreuses populations restent laissées pour compte. Les jeunes femmes de 15 à 25 ans sont particulièrement exposées au risque d'infection au VIH : elles représentent 20 % des nouvelles infections parmi l'ensemble des adultes en 2015, bien qu'elles ne représentent que 11 % de la population adulte. En Afrique subsaharienne, les jeunes femmes représentaient 25 % des nouvelles infections au VIH chez les adultes, et les femmes 56 % des nouvelles infections au VIH chez les adultes. Les inégalités entre les sexes, y compris la violence basée sur le sexe, exacerbent la vulnérabilité physiologique des femmes et des filles au VIH et bloquent leur accès aux services liés au VIH. Les jeunes se voient privés des informations et de la liberté nécessaires à la prise de décisions libres et éclairées au sujet de leur santé sexuelle, et la plupart n'ont pas les connaissances nécessaires pour se protéger du VIH. L'impact de ces obstacles est plus important dans les endroits à forte prévalence, principalement en Afrique orientale et australe.

Les populations clés — notamment les professionnel(le)s du sexe, les personnes qui s’injectent des drogues, les personnes transgenres, les prisonniers, les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes — restent beaucoup plus exposées à l’infection au VIH. Des études récentes suggèrent que les populations clés sont entre 10 et 24 fois plus susceptibles de contracter le VIH que les adultes dans la population générale (1).

Dans le monde, des estimations indiquent que les nouvelles infections parmi les populations clés et leurs partenaires sexuels représentaient 36 % de toutes les nouvelles infections au VIH en 2015. La criminalisation et la stigmatisation des relations sexuelles entre personnes de même sexe, du travestissement, du commerce du sexe et de la possession et la consommation de drogue bloquent l’accès aux services liés au VIH et font augmenter les comportements à risque. L’homophobie détourne les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes des activités de prévention du VIH et de dépistage du VIH et est associée à une plus faible observance du traitement. Les femmes dans les populations clés font face à des défis et des obstacles spécifiques, qui comprennent la violence et les violations de leurs droits humains.

Les personnes les plus démunies varient selon leur localisation. Les populations clés ont tendance à migrer vers les villes à la recherche de communautés plus sûres (2). L’incidence du VIH chez les filles adolescentes et les jeunes femmes d’Afrique orientale et australe est plus élevée dans certaines régions d’Afrique du Sud et du sud du Mozambique, ainsi que dans l’ensemble du Swaziland et du Lesotho.

L’approche localisation-population signifie également que les parties prenantes, notamment les collectivités locales, les organisations de la société civile et les communautés locales, sont au centre de leurs propres réponses locales. L’analyse des données locales sur le niveau et les tendances de l’épidémie, sur la couverture des programmes locaux, et sur les goulets d’étranglement créés par les politiques et les pratiques locales, est essentielle pour assurer une prestation de services efficace et efficiente.

Prévention combinée du VIH

Le passage à échelle continu du dépistage et du traitement du VIH doit être accompagné d’une riposte plus forte en matière de prévention primaire. Divers pays ont montré que les obstacles à l’accès aux services peuvent être levés et que les programmes de prévention peuvent prendre de l’ampleur en l’espace de quelques années. L’Afrique du Sud a mis en place le plus important programme de distribution de préservatifs au monde en seulement quelques années et a doublé la quantité de préservatifs distribués par personne de sexe masculin et par an dans au moins sept de ses neuf provinces (3). Le Mozambique a augmenté le nombre de circoncisions médicales masculines volontaires effectuées, qui est passé de seulement 100 en 2009 à près de 200 000 en 2015, et l’Inde a montré au monde comment les approches localisation-population, qui associent les bénéficiaires, tels que les professionnel(le)s du sexe, à leur conception et à leur mise en œuvre, peuvent se traduire par une diminution marquée des nouvelles infections lorsqu’elles sont passées à échelle (4).

Cependant, peu de pays ont systématiquement appliqué une approche de prévention combinée du VIH, qui fournit des paquets de services, associant des composantes comportementales, biomédicales et structurelles, adaptés à des groupes de population prioritaires dans leurs contextes locaux spécifiques. Par exemple, les jeunes dans les pays à forte prévalence ont des besoins au-delà des préservatifs et des campagnes de communications pour le changement de comportement. Ils ont également besoin d'une éducation sexuelle complète et d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive efficaces dépourvus de barrières économiques, tels que les coûts prohibitifs, ou de barrières structurelles, telles que les lois sur le consentement des parents. Un ensemble d'approches combinées à l'intention des hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doit contenir un accès facile aux préservatifs, aux lubrifiants et à la PPrE, ainsi que des efforts visant à lutter contre l'homophobie ; dans le cas des personnes qui s'injectent des drogues, il est nécessaire d'inclure des services complets de réduction des risques, notamment des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ainsi qu'une thérapie de substitution aux opiacés (5).

Tous les programmes exigent une forte composante d'autonomisation des communautés et des efforts spécifiques pour surmonter les barrières légales et politiques, ainsi que le renforcement des systèmes de santé, des systèmes de protection sociale, de même que des actions de lutte contre l'inégalité entre les sexes, contre la stigmatisation et la discrimination.

Cinq piliers pour atteindre l'objectif de moins de 500 000 nouvelles infections d'ici 2020

Se remettre sur la voie de la réduction des nouvelles infections à 500 000 d'ici à 2020 exige de poursuivre les progrès vers l'objectif 90-90-90 et d'accorder, avec intensité, la priorité à cinq piliers de prévention à mettre en œuvre selon une approche combinée centrée sur les individus :

1. la prévention combinée, notamment l'éducation sexuelle complète, l'autonomisation économique et l'accès à des services de santé sexuelle et de la reproduction pour les jeunes femmes et les filles adolescentes et pour leurs partenaires masculins dans les zones à haute prévalence.
2. des programmes de prévention pour les populations clés fondés sur des preuves et basés sur les droits humains, notamment des services dédiés ainsi que la mobilisation et l'autonomisation des communautaires.
3. des programmes nationaux pour les préservatifs renforcés, notamment l'approvisionnement, la distribution, le marketing social, les ventes du secteur privé et la création de la demande.
4. la circoncision masculine médicale volontaire dans les pays prioritaires à forte prévalence du VIH où le niveau de circoncision masculine est faible, dans le cadre de l'élargissement de la fourniture de services de santé sexuelle et reproductive aux garçons et aux hommes.
5. la prophylaxie pré-exposition pour les groupes de population les plus exposés à l'infection au VIH.

Ces piliers se retrouvent dans les objectifs ambitieux de prévention pour 2020 fixés par l'Assemblée générale des Nations Unies dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2016 : veiller à ce que 90 % des personnes exposées au risque d'infection aient accès à des services complets de prévention, y compris la réduction des risques ; réduire à moins de 100 000 par an le nombre de filles adolescentes et de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans nouvellement infectées par le VIH dans le monde ; distribuer 20 milliards de préservatifs dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; faire en sorte que 25 millions de jeunes hommes supplémentaires subissent une circoncision masculine médicale volontaire dans les régions à forte incidence du VIH et que 3 millions d'individus à haut risque aient accès à la PrPE.

LES CINQ PILIERS DE PRÉVENTION



Cibles de prévention de l'Assemblée Général des Nations Unies



Changements structurels

Dans le cadre de la riposte au sida, veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte est à la fois un impératif en termes de droits moraux et humains et une nécessité de santé publique. Les vulnérabilités liées au VIH sont alimentées par les inégalités et préjugés enracinés dans les structures juridiques, sociales et économiques de la société. Les normes sexospécifiques culturelles et sociales néfastes, la criminalisation des relations sexuelles entre personnes de même sexe, du travestissement, du commerce du sexe et de la consommation de drogues, et les lois qui exigent l'autorisation de tiers pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive font obstacle à la prévention du VIH et augmentent les comportements à risque. L'homophobie détourne les hommes homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes des activités de prévention et de dépistage du VIH, et est associée à une observance plus faible du traitement.

RETARDS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

- Les inégalités entre les sexes, y compris la violence basée sur le sexe, exacerbent la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH et bloquent leur accès aux services liés au VIH.
- L'obligation d'obtenir l'autorisation de tiers reste un obstacle important au recours aux services de prise en charge du VIH et de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et les jeunes.
- Les populations clés font face à des défis et des obstacles spécifiques, notamment la violence et les violations de leurs droits humains, et au sein des populations clés les femmes sont particulièrement affectées.
- L'homophobie est un obstacle pour l'accès aux services liés au VIH pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- La criminalisation et la stigmatisation des relations sexuelles entre personnes de même sexe, du travestissement, du commerce du sexe et l'usage de drogue constituent un obstacle pour l'accès aux services liés au VIH et font augmenter les comportements à risque.
- La stigmatisation et la discrimination liées au VIH qui touchent les populations clés dans les établissements de santé nuisent à l'accès aux services de prévention du VIH et aux autres services de santé.

Au cours des 15 dernières années, le monde a fait des progrès considérables dans la lutte contre le VIH et le sida, grâce aux progrès scientifiques, à l'accès au traitement, aux mouvements de défense des droits humains, à la solidarité mondiale et la mobilisation et l'activisme de la société civile. Ces avancées ont toutefois été inégales. Partout dans le monde, la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion, ainsi que les déséquilibres de pouvoir et l'inégalité dans les relations entre les sexes, continuent à rendre les femmes et les filles, les jeunes et les populations clés vulnérables au VIH, entravant l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH. Comme faire face au VIH ne peut pas se limiter à des approches biomédicales, la riposte exige des progrès simultanés en termes de santé et de droits sexuels et reproductifs, d'accès à l'éducation et à l'emploi, de justice sociale et d'égalité des sexes. Pour aller de l'avant, les succès isolés doivent être repliqués, et les programmes mis en œuvre à petite

échelle qui ont fait leurs preuves doivent être transposés à grande échelle avec un financement durable et un engagement politique.

Doter les femmes et les filles, les jeunes et les populations clés de la capacité à revendiquer leurs droits, à recevoir une éducation de qualité, à jouir d'une bonne santé et à prendre des mesures pour se protéger du VIH est une composante nécessaire de la prévention combinée du VIH. Ces transformations structurels reflètent l'interconnexion des Objectifs de Développement Durable.

LA VOIE À SUIVRE

- Renforcer la législation, l'application des lois et les programmes spécifiques pour mettre fin à la violence entre partenaires sexuels.
- Accroître l'accès des filles à l'enseignement secondaire.
- Utiliser les aides financières pour rendre les femmes économiquement autonomes, les maintenir à l'école et pour leur permettre de faire des choix de partenaires sains.
- Éliminer l'obligation d'obtenir l'autorisation de tiers et les autres obstacles à l'accès des femmes et des jeunes aux services liés au VIH et aux services de santé sexuelle et reproductive.
- Dépénaliser les relations sexuelles entre personnes de même sexe, le travestissement, le commerce du sexe et la possession et l'usage de drogue à des fins de consommation personnelle.
- Transposer à grande échelle les programmes d'autonomisation des communautés et d'autres programmes qui ont fait leurs preuves dans la réduction de la stigmatisation, la discrimination et la marginalisation, notamment dans les établissements de santé.

Les préservatifs

Les préservatifs sont au centre de l'approche de prévention combinée du VIH ; ils constituent un outil coût-efficace de prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées. L'on estime à 45 millions, les infections au VIH évitées grâce à l'utilisation du préservatif dans le monde depuis 1990 (6). La réalisation de l'objectif mondial d'utilisation des préservatifs pour 2020 permettrait d'éviter 3,4 millions de nouvelles infections (6). Le coût par infection évitée serait d'environ 450 \$, bien en deçà du coût de fourniture à vie d'un traitement antirétroviral (6).

RETARDS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

- Stagnation des financements internationaux et domestiques consacrés à l'acquisition et à la programmation des préservatifs, notamment la création de la demande et la distribution.
- Déficit annuel de plus de 3 milliards de préservatifs masculins en Afrique subsaharienne.
- Utilisation non systématique du préservatif au sein de nombreuses populations et localités ayant les besoins les plus importants, notamment les difficultés rencontrées par les femmes pour négocier l'usage du préservatif.
- Disponibilité insuffisante des lubrifiants et des préservatifs féminins.

En 2015, l'on estime que 1,9 million [1,7 million à 2,2 millions] d'adultes (plus de 15 ans) ont été infectés par le VIH, en grande majorité par transmission sexuelle et qu'environ 357 millions de personnes ont contracté la chlamydie, la gonorrhée, la syphilis ou la trichomonase (7). Chaque année, plus de 200 millions de femmes ont des besoins non satisfaits en matière de contraception, ce qui entraîne environ 80 millions de grossesses non désirées. Les préservatifs permettent de prévenir efficacement tous ces problèmes.

Des programmes optimisés de programmation du préservatif ont un rôle essentiel dans l'atteinte des ambitieux objectifs mondiaux que sont permettre l'accès à des services de prévention complets à 90 % des personnes exposées au risque d'infection au VIH et ramener les nouvelles infections au VIH à moins de 500 000 dans le monde. Forts de cela, les pays ont convenu dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2016, d'accroître la disponibilité annuelle des préservatifs à 20 milliards d'ici à 2020. Ce qui revient annuellement, approximativement, à sept milliards de préservatifs pour l'Afrique subsaharienne et à 30 à 50 préservatifs par homme et par an dans les pays à haute prévalence.

Le défi à relever consiste à financer et à passer à échelle une nouvelle génération de programmes holistiques pour les préservatifs fondés sur les données et centrés sur les personnes, notamment création de la demande, la mobilisation communautaire, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, la planification, ainsi que la gestion, le suivi et l'évaluation des programmes. Les programmes complets de promotion des préservatifs doivent utiliser une approche globale du marché qui inclut les secteurs public et privé et le marketing social.

La programmation du préservatif doit être fondée sur la santé et les droits sexuels et de la reproduction et sur l'égalité des sexes. Ils doivent intégrer, et être intégrés dans, une éducation sexuelle complète et dans des efforts de promotion du respect du droit au plaisir sexuel et à l'expression de l'identité sexuelle. Afin de répondre aux besoins individuels et spécifiques à chaque contexte, les jeunes, les personnes vivant avec le VIH, les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables, ainsi que les autres populations vulnérables, doivent être associés à la planification et à la mise en œuvre de la programmation du préservatif. Ces populations doivent également contribuer aux efforts visant à améliorer les données et accroître l'innovation grâce à la science, aux études de marché, aux estimations des besoins, au chiffrage des coûts, au suivi et à l'évaluation. Le leadership de la partie nationale et des communautaires sera déterminant pour l'accroissement des financements domestiques et l'appropriation de stratégies nationales pour le préservatif et pour abandonner les programmes principalement financés et gérés par des donateurs internationaux.

LA VOIE À SUIVRE

- Augmenter les ressources pour l'achat, la distribution et la promotion des préservatifs.
- Fournir des préservatifs masculins et féminins dans les paquets de prévention combinée, notamment les programmes offrant le dépistage du VIH, le traitement antirétroviral, la PPrE et la circoncision masculine.
- Diversifier les types de préservatifs, notamment avec la fourniture de préservatifs féminins en même temps que les préservatifs masculins et les lubrifiants.

- Développer de nouvelles approches pour accroître l'utilisation du préservatif et pour améliorer la perception positive du préservatif parmi les différentes populations dans le besoin.
- Faire participer les communautés à la fourniture de préservatifs et utiliser des mécanismes innovants de prestation de services.

Circoncision médicale masculine volontaire

La circoncision médicale masculine volontaire est une intervention unique et peu coûteuse qui offre une protection partielle à vie contre la transmission du VIH de la femme à l'homme. Des études de modélisation ont suggéré que parvenir à une prévalence de 80 % de circoncision chez les hommes âgés de 15 à 49 ans d'ici 2015, et maintenir ce chiffre par la suite, permettrait d'éviter 3,4 millions d'infections au VIH d'ici 2025 (8).

RETARDS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

- Après des années de croissance rapide, le nombre annuel de circoncisions effectuées a diminué dans les 14 pays prioritaires en 2015.
- Le nombre annuel de circoncisions effectuées dans les 14 pays prioritaires doit plus que doubler pour atteindre l'objectif de 25 millions de jeunes hommes supplémentaires circoncis en 2020 dans les milieux à forte prévalence.
- La circoncision médicale masculine volontaire doit être intégrée dans les programmes qui s'adressent aux besoins plus étendus des adolescents et des hommes en matière de santé sexuelle et reproductive.

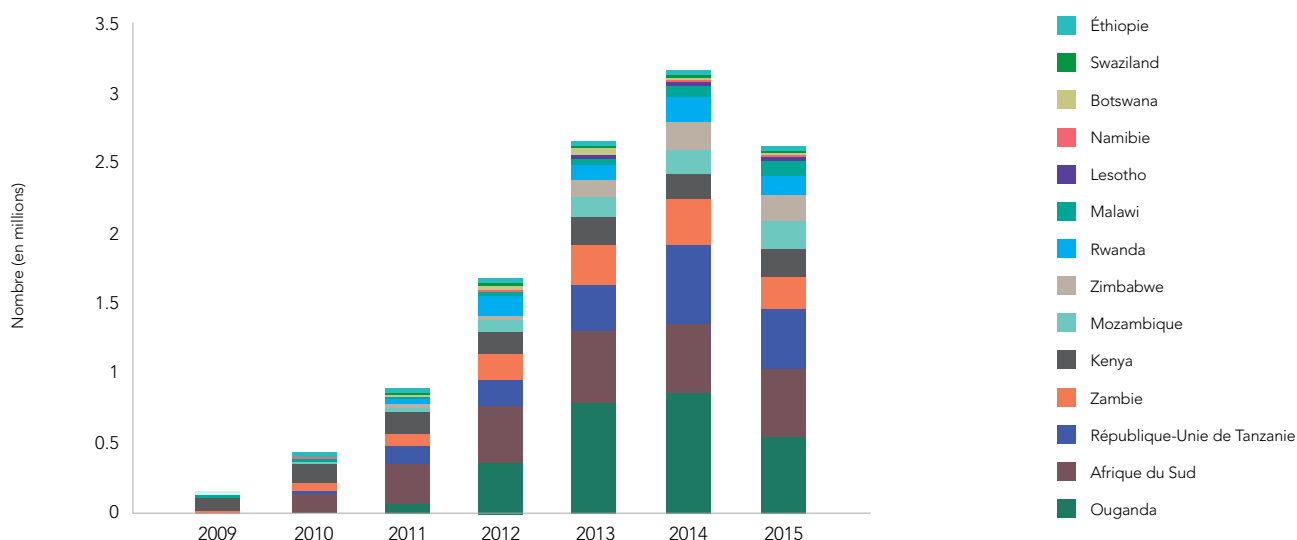
Depuis 2007, des efforts considérables ont été déployés pour intensifier la circoncision médicale masculine volontaire dans 14 pays prioritaires en Afrique orientale et australe des niveaux élevés de prévalence du VIH et des niveaux de circoncision masculine faibles¹. Fin 2015, près de 11,6 millions d'hommes avaient été circoncis médicalement dans ces pays.

Les progrès ont été extrêmement variables dans les pays prioritaires entre 2009 et 2015. Fin 2015, L'Éthiopie, le Kenya et la République unie de Tanzanie avaient dépassé leurs objectifs de couverture nationale, tandis que le Mozambique, l'Afrique du Sud, l'Ouganda et la Zambie avaient réalisé entre 50 % et 70 % de leurs objectifs de couverture. Au Botswana et au Swaziland, cependant, la couverture était d'environ 45 % en 2015, et de moins de 35 % au Lesotho, au Malawi, en Namibie, au Rwanda et au Zimbabwe.

L'augmentation continue du nombre d'hommes volontairement circoncis entre 2008 et 2014 a été suivie en 2015 par une baisse inquiétante des circoncisions annuelles dans certains des 14 pays prioritaires. Le nombre annuel de circoncisions dans l'ensemble des 14 pays prioritaires a chuté à 2,6 millions en 2015 (contre 3,2 millions en 2014). En Éthiopie, en Afrique du Sud et au Swaziland, cependant, le nombre de circoncisions est resté stable en 2015 ; au Kenya, au Malawi et en Namibie, le nombre annuel de circoncisions a augmenté.

¹ Les 14 pays prioritaires sont le Botswana, l'Éthiopie, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Rwanda, l'Afrique du Sud, le Swaziland, la République-Unie de Tanzanie, l'Ouganda, la Zambie, le Zimbabwe. L'objectif de 2020 comprend également le Soudan du Sud.

Nombre annuel de circoncisions médicales masculines volontaires, 14 pays prioritaires, 2009-2015



Sources : Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2016.

L'Assemblée générale des Nations Unies a fixé, dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2016, un objectif ambitieux de réaliser 25 millions de circoncisions médicales masculines volontaires supplémentaires chez les jeunes hommes dans les zones à forte incidence du VIH entre 2016 et 2020. Atteindre l'objectif de 2020 nécessitera une augmentation continue de la couverture des programmes dans les pays prioritaires. Au lieu de moins de 3 millions de circoncisions masculines par an, il faudra en réaliser plus de 5 millions. Dans certains pays, cela nécessitera l'intégration des programmes verticaux dans les systèmes de santé nationaux et le renforcement de la capacité des systèmes de santé publique pour gérer ces programmes tant au niveau national que local. En outre, la circoncision médicale masculine volontaire devrait faire partie d'un ensemble de services de santé sexuelle et de la reproduction de base pour les hommes et les garçons, en utilisant des approches adaptées aux différents groupes d'âge et aux différents lieux. De même, des augmentations du financement national seront nécessaires pour assurer la pérennité des programmes dans les pays qui comptent actuellement sur le financement international pour la majorité de leurs budgets de programme.

LA VOIE À SUIVRE

- Augmenter le financement national pour assurer la durabilité.
- Promouvoir la circoncision médicale masculine volontaire dans le cadre d'un ensemble de services de santé de base pour les hommes et les garçons, en utilisant des approches adaptées aux différents groupes d'âge et aux différents lieux.
- Intégrer les programmes verticaux dans les systèmes de santé nationaux.
- Développer de nouvelles approches pour la circoncision des adolescents et des nourrissons.
- Briser les mythes et les idées fausses sur la circoncision.

Réduction des risques

Les personnes qui s'injectent des drogues sont parmi les populations clés les plus à risque de contracter ou de transmettre le VIH. Pourtant, elles sont aussi parmi celles qui ont le moins accès aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH parce que leur consommation de drogues est souvent stigmatisée et criminalisée.

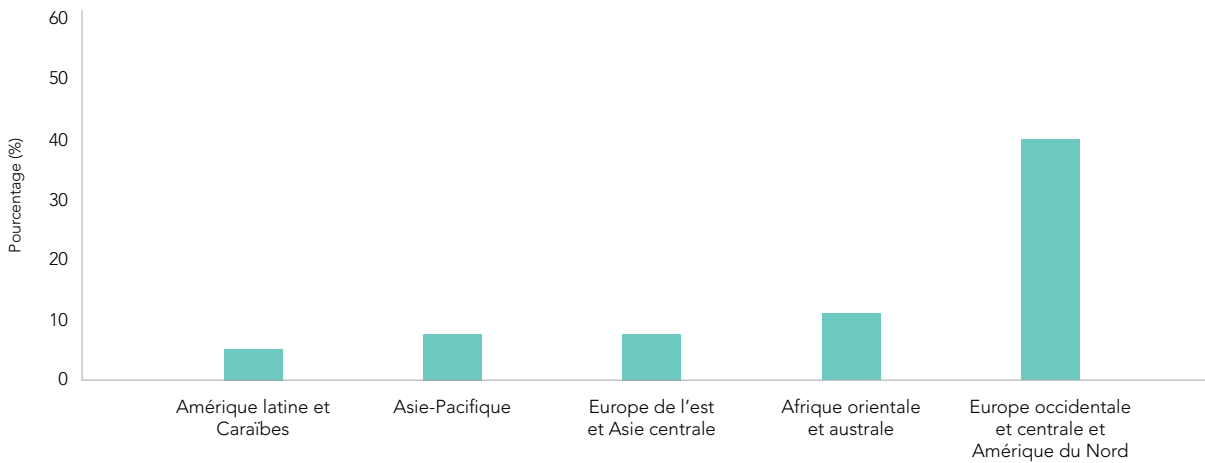
Les outils et les stratégies nécessaires pour améliorer la santé et la vie des consommateurs de drogues sont bien connus et facilement disponibles. Les programmes aiguilles-seringues réduisent la propagation du VIH, de l'hépatite C et autres virus transmissibles par le sang. La thérapie de substitution aux opiacés et les autres formes de traitement de la dépendance aux drogues fondées sur des données probantes diminuent la consommation de drogues, réduisent la vulnérabilité aux maladies infectieuses, et améliorent l'utilisation des services de santé et des services sociaux.

L'abondance des preuves de l'efficacité de la réduction des risques, notamment dans les prisons et autres milieux de détention est la base du paquet complet d'interventions recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) pour la prévention de la propagation du VIH et la réduction des autres risques associés à l'usage de drogues. Cependant, peu de pays ont atteint une couverture suffisante des services de réduction des risques.

RETARDS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

- Les programmes aiguilles-seringues ne sont disponibles que dans 90 des 158 pays où l'usage de drogues injectables a été documenté. Seuls 8 pays ont au moins un programme dans les prisons.
- Seuls 12 pays fournissent le seuil recommandé de 200 aiguilles propres par consommateur de drogues injectables et par an.
- La couverture de la thérapie de substitution aux opiacés est faible dans la plupart des pays. Seulement 80 des 158 pays où l'usage de drogues injectables a été documentée disposent d'au moins un site de thérapie de substitution aux opiacés. Seuls 43 pays ont des programmes dans les prisons.
- La prévalence du VIH chez les femmes qui s'injectent des drogues est souvent plus élevée que chez leurs homologues masculins, ce qui souligne la nécessité d'interventions de réduction des risques sexospécifiques. La criminalisation de la possession et de l'usage de drogues perpétue des formes d'usage de drogues à risque, augmente le risque de VIH, décourage la recherche de services de soins par les usagers de drogues et renforce la marginalisation des usagers de drogues.

Pourcentage médian des personnes souffrant de dépendances à la consommation d'opiacés recevant une thérapie de substitution, 2015



Source : Rapports d'activité sur la riposte globale au sida 2016 ; ONUDUC. Rapport mondial sur les drogues 2016.

L'exclusion et la marginalisation des usagers de drogues ont été reconnues comme l'une des conséquences néfastes du système de contrôle international des drogues (9). Les sentiments de remontrance exprimés par les prestataires de soins de santé ont été associés à une moindre qualité des soins de santé et des faibles résultats de santé. (10,11). Dans de nombreux pays, des lois, des politiques, des pratiques et autres obstacles structurels facilitent la discrimination des personnes ayant des antécédents d'usage de drogues et créent des barrières à l'accès aux services de prévention du VIH. Les systèmes de justice pénale qui utilisent la possession d'accessoires pour l'usage de drogue ou la présence de résidus de drogues à l'intérieur de matériel d'injection comme une preuve de possession ou d'usage illicite de drogues perturbent sérieusement les programmes aiguilles-seringues (12). Les lois et politiques qui font de l'usage de drogues un critère pour la perte de la garde des enfants, la stérilisation ou l'avortement forcés ou rendus obligatoires et le refus de prestations d'aide sociale ont un impact disproportionné sur les femmes utilisatrices de drogues (13,14). Dans certains pays, tels que la Fédération de Russie, la thérapie de substitution aux opiacés est indisponible ou illégale et dans d'autres pays, même s'il se peut qu'elle soit disponible, l'on rapporte que la police cible les personnes qui ont accès au traitement lors des arrestations dans les affaires de drogue (15).

La législation qui criminalise la possession et l'usage de drogue pour consommation personnelle est l'un des obstacles les plus importants à la fourniture de services de réduction des risques. Il est avéré que la criminalisation perpétue des formes d'usage de drogues à risque, augmente le risque de maladie (notamment l'infection au VIH) chez les usagers de drogues, décourage les usagers de drogues dans leur démarche de recherche de soins de santé, et renforce la marginalisation des consommateurs de drogues par la société (16). De nombreuses preuves attestent que les alternatives à l'incarcération telles que le traitement de la dépendance aux drogues en milieu communautaire sont plus coût-efficaces en matière de réduction des risques sanitaires, sociaux et économiques liés à l'usage des drogues. (17). Plusieurs pays abandonnent la criminalisation de l'usage de drogues. L'Arménie, la Belgique, le Chili, la République tchèque, l'Estonie, le Mexique et le Portugal figurent parmi les pays qui ont adopté une forme de politique de décriminalisation depuis 2000 (17).

LA VOIE À SUIVRE

- Renforcer les services de réduction des risques pour prévenir l'infection au VIH chez toutes les personnes qui s'injectent des drogues, notamment les personnes en prison et dans d'autres lieux de détention.
- Veiller à ce que toutes les personnes qui s'injectent des drogues vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C aient accès à un traitement qui les maintient en vie.
- Adapter et réformer les lois pour s'assurer que les personnes qui s'injectent des drogues ne fassent pas l'objet de sanctions punitives pour l'usage de drogues ou la possession de drogues à des fins de consommation personnelle.
- Assurer la disponibilité généralisée, à base communautaire, de la naloxone en tant que mesure de santé publique vitale.
- Soutenir et autonomiser les organisations issues des communautés et de la société civile, y compris les organisations et les réseaux d'utilisateurs de drogues lors de la conception et de la prestation des services de prévention du VIH.
- Combiner le traitement avec d'autres approches de prévention combinée, telles que la prophylaxie pré-exposition et la promotion du préservatif pour les couples sérodiscordants.

Viral suppression

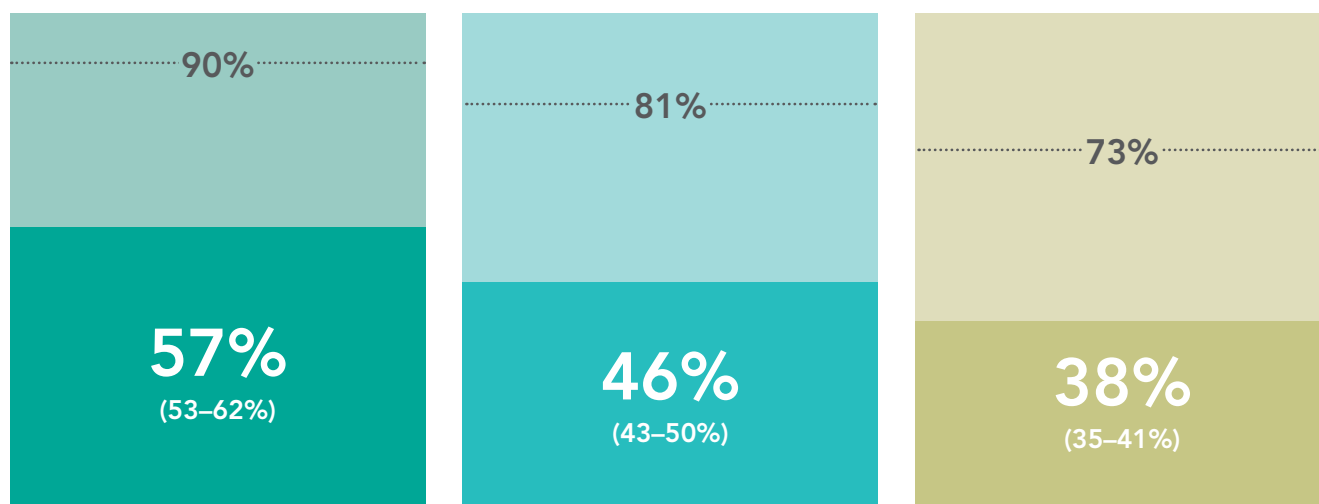
Une très bonne observance de la thérapie antirétrovirale supprime la charge virale en la ramenant à des niveaux indétectables chez les personnes vivant avec le VIH, ce qui réduit considérablement le risque de transmission du virus à autrui (18-20). Lorsqu'une grande partie des personnes vivant avec le VIH au sein d'une communauté suivent un traitement, il est avéré que cela a un effet préventif dans cette communauté (21, 22). Cet effet préventif du traitement a été salué comme susceptible de changer la donne dans la riposte mondiale au VIH. La réalisation de l'objectif 90-90-90 d'ici 2020, accompagné d'une couverture élevée des autres interventions de prévention du VIH peut faire de la fin de l'épidémie de sida une réalité d'ici 2030 (23).

RETARDS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

- On estime que seulement 38 % [35 à 41 %] des personnes vivant avec le VIH dans le monde ont une suppression de la charge virale.
- Plus de 14,5 millions parmi les 36,7 millions de personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique.
- Les niveaux d'accès au traitement et de suppression virale sont beaucoup plus faibles au sein des populations clés comparées à la population générale dans de nombreux pays, et plus faibles chez les hommes que chez les femmes.
- Les retards en matière de prévention relatifs à l'accès au dépistage et au traitement du VIH sont les plus importants en Afrique occidentale et centrale, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.
- La stigmatisation, la discrimination et autres violations des droits humains dissuadent les gens de recourir au dépistage et au traitement et compromettent la continuité de l'observance du traitement antirétroviral.

- Les effets préventifs du traitement ne sont pas totalement concrétisés faute de réussir à atteindre les personnes peu après l'infection, lorsque les niveaux de charge virale sont élevés.
- Les interruptions de suppression virale chez les personnes en traitement, en raison du manque d'observance ou de la résistance virale, limitent les gains potentiels en matière de prévention du traitement.

Progrès vers l'objectif 90-90-90, monde, 2015



Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique¹

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui sont sous traitement antirétroviral

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant une charge virale supprimée²

¹ Mesures obtenues en 2015 à partir de données rapportées par 87 pays, représentant 79 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde.

² Mesures obtenues en 2015 à partir de données par 87 pays. À l'échelle mondiale, les données indiquent que 22 % de toutes les personnes sous thérapie ont reçu un test de la période considérée.

Source : analyse spéciale de l'ONUSIDA 2016 ; pour plus de détails, voir l'annexe sur les méthodes.

Le passage à échelle du traitement fait partie des plus grands succès de la riposte mondiale au sida à ce jour. Au cours des deux dernières années, le nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral a augmenté d'environ un tiers, pour atteindre 17 millions de personnes. Ces avancées sont en grande partie responsables de la baisse de 26 % des décès liés au sida dans le monde depuis 2010, qui sont passés d'environ 1,5 million [1,3 million à 1,7 million] en 2010 à 1,1 million [940 000 à 1,3 million] en 2015. Dans la région la plus touchée du monde, l'Afrique australe et de l'Est, le nombre de personnes sous traitement a plus que doublé depuis 2010, atteignant près de 10,3 millions de personnes, et les décès liés au sida ont diminué de 36 % depuis 2010.

L'analyse des données disponibles validées par l'ONUSIDA en partenariat avec l'UNICEF et l'OMS² suggère cependant que des progrès beaucoup plus importants devront être accomplis dans les domaines du dépistage et du traitement pour atteindre l'objectif de moins de 500 000 nouvelles infections au VIH en 2020. En 2015, on estimait que sur 36,7 millions [34,0 millions à 39,8 millions] de personnes vivant avec le VIH dans le monde, 60 % [56 % à 65 %] connaissaient leur statut sérologique, 46 % [43 % à 50 %] étaient sous thérapie antirétrovirale, et 38 % [35 % à 41 %] avaient atteint le niveau de suppression virale.

² A full description of the methods for deriving the 90-90-90 measures are provided in the annex to the full *Prevention gap report*.

Les lacunes à combler pour atteindre l'objectif 90-90-90 étaient en 2015 d'environ 10,9 millions de personnes vivant avec le VIH qui ne connaissaient pas leur statut, 12,7 millions de personnes qui ne bénéficiaient pas de thérapie antirétrovirale, et de 13,0 millions de personnes vivant avec le VIH qui n'ont pas atteint le niveau de suppression virale. Des études indiquent que dans de nombreux pays, l'accès à la thérapie antirétrovirale reste plus faible chez les populations clés que dans la population générale, avec une utilisation entravée par des environnements juridiques punitifs, la stigmatisation entourant le dépistage du VIH et la peur que le diagnostic du VIH soit divulgué à des tiers sans consentement.

L'augmentation rapide de la proportion de personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées exige l'expansion des stratégies de dépistage innovantes. Les kits d'auto-dépistage sont à la fois discrets et pratiques pour les personnes éventuellement réticentes à l'idée d'effectuer un dépistage dans un établissement de soins ou qui vivent dans des endroits où les établissements de soins sont inaccessibles. Les kits d'auto-dépistage ne sont cependant qu'un outil de filtrage, et les résultats doivent être confirmés par un agent de santé (24).

Une adoption plus large des lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le traitement, qui recommandent de proposer la thérapie antirétrovirale immédiatement après le diagnostic, permettrait un démarrage plus précoce du traitement, mais atteindre et motiver un grand nombre de personnes par ailleurs en bonne santé pour qu'elles s'inscrivent et adhèrent à un programme de soins présente des difficultés opérationnelles considérables.

L'objectif de la thérapie antirétrovirale est la suppression virale, c'est-à-dire la diminution de la charge virale à un niveau si faible qu'il ne peut pas être détecté par les tests de mesure de la charge virale. Une personne vivant avec le VIH qui a atteint un niveau de suppression virale est non seulement moins exposée aux maladies liées au VIH, mais est aussi beaucoup moins susceptible de transmettre le virus. Des tests réguliers de charge virale représentent la façon la plus précise de déterminer si la thérapie antirétrovirale réussit à supprimer la réplication du virus. Malheureusement, le coût et la complexité des technologies actuellement disponibles limitent la disponibilité des tests de charge virale dans les milieux pauvres. Davantage de volonté politique et de financement sont nécessaires pour passer à échelle les capacités dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et la société civile a un rôle de plaidoyer important à jouer pour la généralisation des tests de charge virale, la fourniture de systèmes de dépistage abordables et la recherche et développement.

LA VOIE À SUIVRE

- Étendre les stratégies novatrices de dépistage du VIH, telles que l'auto-dépistage et les services de dépistage pris en charge par des partenaires.
- Accroître la participation de la communauté aux programmes de dépistage et du traitement du VIH.
- Mettre en œuvre des programmes de défense des droits humains pour éliminer les obstacles structurels au dépistage et au traitement.
- Adopter les lignes directrices de l'OMS de 2015 qui recommandent de proposer la thérapie antirétrovirale dès le diagnostic, et renforcer les programmes en conséquence.
- Réduire les coûts et augmenter la couverture des tests de charge virale.
- Combiner le traitement avec d'autres approches de prévention combinée, telles que la promotion du préservatif et la prophylaxie pré-exposition pour les couples sérodiscordants.

La prophylaxie pré-exposition

La prophylaxie pré-exposition (PPrE) est le plus récent des efforts déployés pour élargir les options de prévention combinée pour les personnes à haut risque d'infection par le VIH. Le nombre et la portée des activités de PPrE augmentent au niveau mondial, tandis que l'échelle et la couverture en dehors des États-Unis d'Amérique restent limitées. On estime qu'en juin 2016, 60 000 personnes étaient inscrites dans des programmes de PPrE, majoritairement aux États-Unis. Un nombre important mais non quantifiable de personnes accèdent à la PPrE par des moyens moins réglementés, par exemple par l'intermédiaire d'Internet. La mise en place rapide des programmes réglementés par les gouvernements permettra d'améliorer le suivi et l'évaluation de l'utilisation de la PPrE et son impact sur l'épidémie. Des efforts supplémentaires considérables seront nécessaires pour atteindre le nouvel objectif mondial d'inscription de trois millions de personnes à haut risque d'infection au VIH dans un programme de PPrE en 2020.

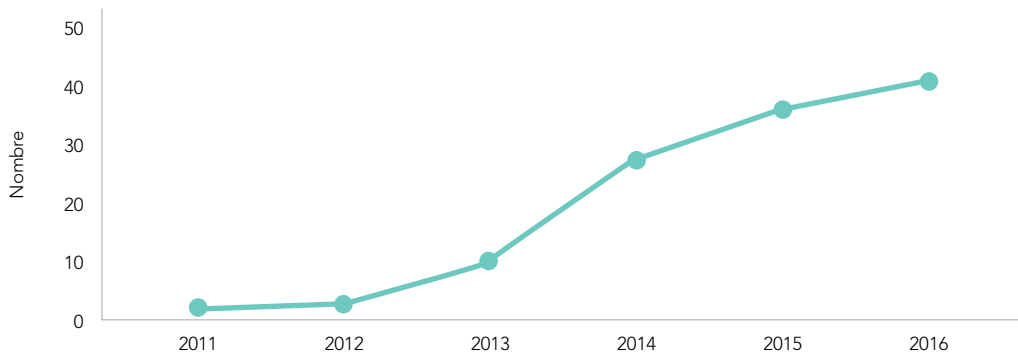
RETARDS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

- Le développement de la PPrE ne fait que commencer : elle n'a progressé que de 2 % vers l'objectif pour 2020.
- Elle reste peu disponible et peu connue.
- En juin 2016, la PPrE n'avait obtenu d'approbation réglementaire que dans sept pays.
- La fourniture de PPrE doit être sensible au contexte des populations à risque, y compris à la stigmatisation, à la criminalisation et à la violence entre partenaires intimes.

La PPrE permet à des individus disposant d'options de prévention personnelles limitées de prendre le contrôle de leur propre risque de VIH en toute discrétion. Des essais contrôlés randomisés ont confirmé l'efficacité de la PPrE orale quotidienne. Des projets de démonstration, proposant le choix de la PPrE à travers des services conviviaux, ont démontré sa valeur potentielle dans divers contextes, ainsi que la forte demande et la bonne observance chez les personnes à haut risque d'infection par le VIH, y compris les partenaires séronégatifs dans les couples sérodiscordants, les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et certaines jeunes femmes et professionnelles du sexe.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) s'appuie sur ces preuves pour recommander de proposer l'utilisation d'une dose quotidienne de PPrE par voie orale contenant du Fumarate de Ténofovir Disoproxil (FTD) comme choix de prévention supplémentaire pour tous les groupes de population à haut risque d'infection au VIH dans le cadre d'un programme de prévention combinée du VIH. Les populations prioritaires pour le déploiement de la PPrE devraient être les personnes à haut risque d'infection au VIH, ce qui correspond approximativement aux populations dont l'incidence du VIH est de 3 cas pour 100 personnes-années ou plus (25).

Nombre cumulé d'essais ouverts de projets de mise en œuvre et de démonstration de PPrE terminés, en cours et prévus, 2011-2016



Source : AVAC, Ongoing and Planned PrEP Open Label, Demonstration and Implementation Projects, as of June 2016 (http://www.avac.org/sites/default/files/resource-files/PrEP_Trials_Demonstration_Projects_June_2016.pdf).

Les États-Unis ont approuvé l'utilisation de la PPrE en 2012 et publié des directives cliniques en 2014 (26). La France a commencé à proposer la PPrE dans son système de santé national en janvier 2016, après l'émission d'une recommandation temporaire d'utilisation en novembre 2015 (27). Dès mi-2016, 60 cliniques proposaient ce service en France et 437 personnes avaient commencé un traitement de PPrE par l'intermédiaire du système de santé publique (28). En décembre 2015 l'Afrique du Sud est devenue le premier pays d'Afrique subsaharienne à émettre une approbation réglementaire complète pour la PPrE (29) et à inclure la PPrE dans son programme national sur le VIH, suivie de près par le Kenya (30). Les autorités de réglementation en Australie et au Canada ont également approuvé la PPrE. Au moins 27 pays ont des projets de démonstration en cours ou prévus pour la PPrE (31) et dans certains pays l'utilisation « hors indication »³ est facilitée par le système de santé ou les prestataires de soins de santé individuels.

Le coût de la PPrE est une préoccupation importante, même dans les pays à revenu élevé. La PPrE devrait être rentable là où l'incidence du VIH est supérieure à 3 cas pour 100 personnes-années et peut-être aussi à des incidences plus faibles (25). En fin de compte, le rapport coût-efficacité de la PPrE sera déterminé par le coût des médicaments qui composent la PPrE, l'efficacité dans sa dispensation aux personnes qui en ont le plus besoin, et son impact.

³ Utilisation d'un médicament à des fins autres que celles indiquées sur l'étiquette ; en l'occurrence, l'utilisation pour la PPrE de cachets de Fumarate de Ténofovir Disoproxil prévus pour la thérapie antirétrovirale.

LA VOIE À SUIVRE

- Approbation réglementaire dans tous les pays avec une utilisation optimale des clauses de flexibilité des ADPIC et des négociations sur les prix pour améliorer l'accès.
- Elaboration de directives nationales et mise en oeuvre de programmes nationaux.
- Sensibilisation des populations à plus haut risque de VIH.
- Plaidoyer pour la PPrE en collaboration avec les populations prioritaires et en tenant compte de leur environnement législatif et de leurs choix en matière de recherche de santé.
- Intégration de la fourniture de PrEP aux programmes de prévention combinée pour en renforcer l'efficacité.

Communication pour les changements sociaux et de comportement ainsi que la création de demande

La communication pour les changements sociaux et de comportements ainsi que la création de la demande sont des composantes essentielles de la prévention combinée. Elles permettent de traiter de façon inclusive les contextes culturels dans lesquels se produisent les comportements à risque et de stimuler l'adoption des services de prévention du VIH. Ces programmes comprennent toute une gamme d'activités, du conseil individuel à la sensibilisation des communautés en passant par la communication dans les médias. Ils comportent également des approches intensives impliquant une combinaison d'activités destinée à prendre en compte plusieurs résultats, notamment la connaissance, la perception du risque, les normes, les compétences, les comportements sexuels et la demande de services liés au VIH.

Le multimédia, la mobilisation en milieu scolaire et dans la communauté au sens plus large viennent compléter la prestation de services liés au VIH, tels que la distribution de préservatifs, la circoncision médicale masculine volontaire, le dépistage du VIH et la PPrE. Au fur et à mesure du déploiement de nouveaux outils biomédicaux, leur efficacité est maximale s'ils sont accompagnés de programmes sociaux-comportementaux et structurels efficaces, par exemple pour atténuer l'émergence d'une possible compensation du risque.

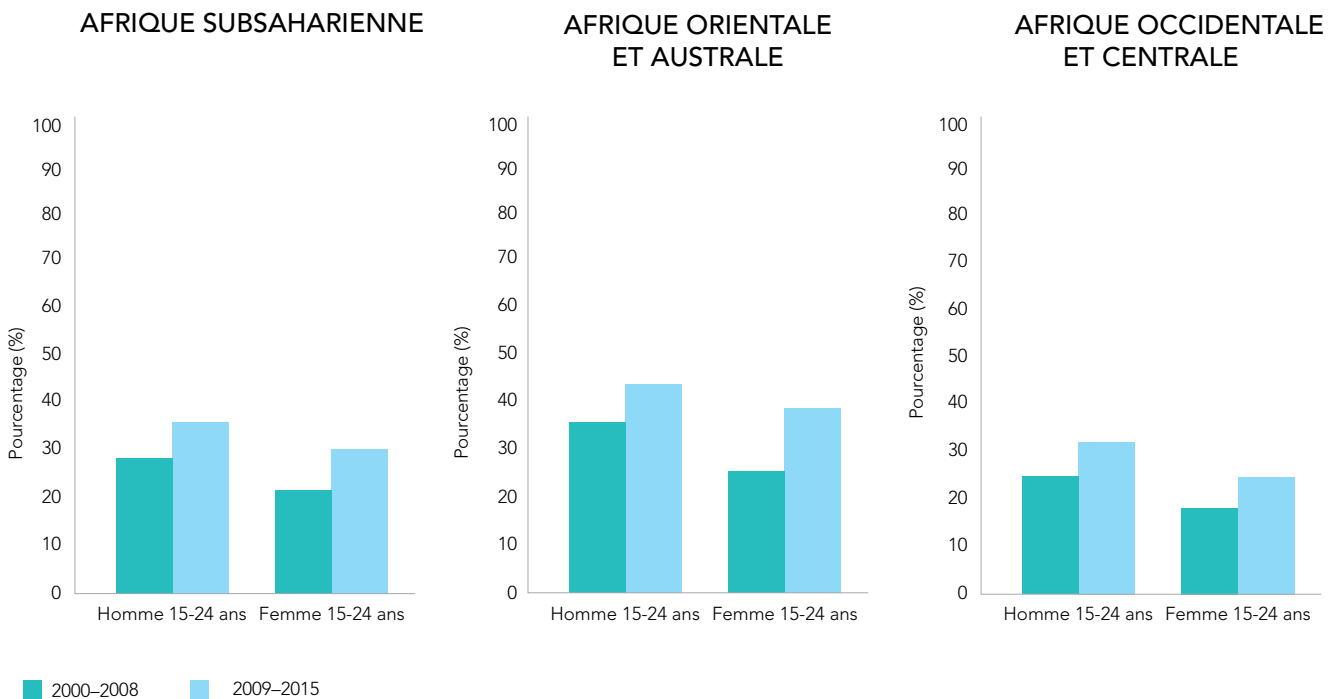
RETARDS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

- La plupart des jeunes ne disposent pas des connaissances nécessaires pour se protéger du VIH.
- Il y a eu peu de progrès dans la réduction du nombre de partenaires en Afrique subsaharienne, sauf dans quelques endroits.
- Les investissements dans des programmes qui favorisent l'abstinence et la fidélité ne sont pas rentables.
- La communication pour les changements comportementaux et sociaux et la création de la demande n'a pas encore été mise en place de façon systématique.

Les dernières données disponibles montrent que la plupart des jeunes ne disposent pas des connaissances nécessaires pour se protéger du VIH. En Afrique subsaharienne, des données d'enquête issues de 35 pays montrent que seulement 36 % des jeunes hommes et 30 % des jeunes femmes identifiaient correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejetaient les idées fausses sur la transmission du VIH (32). Dans 23 pays situés en dehors de l'Afrique subsaharienne, seuls 13,8 % des jeunes hommes et 13,6 % des jeunes femmes avaient des connaissances correctes et complètes sur le VIH (32). De plus, il existe des lacunes dans la perception du risque individuel. Dans une étude, une proportion importante de jeunes adultes vivant avec le VIH et qui ne connaissaient pas encore leur statut sérologique ont affirmé ne pas se percevoir comme des personnes à haut risque de VIH (33).

La communication pour les changements comportementaux et sociaux et la création de la demande n'ont pas encore été mises en place de façon systématique. Cependant, les données probantes issues d'initiatives réussies récentes telles que SHARE, SASA! et *Stepping Stones* ont ravivé l'intérêt pour ces programmes et des éléments cruciaux ont été incorporés dans de nouveaux programmes à grande échelle, tels que DREAMS⁴, qui fournit des services de dépistage du VIH pour les jeunes femmes et les filles et traite les facteurs structurels qui augmentent leur risque par rapport au VIH, notamment la pauvreté, l'inégalité entre les sexes, la violence sexuelle et le manque d'éducation, dans 10 pays d'Afrique orientale et australe⁵.

Connaissances correctes et complètes sur le VIH chez les jeunes (15 à 24 ans), Afrique subsaharienne, 200-2008, par rapport à 2009-2015



Source : enquêtes, 2000-2015. Basé sur la population.

L'éducation sexuelle complète est une forme spécifique de programme de communication pour les changements comportementaux et sociaux impliquant des jeunes en milieu scolaire. Il a été clairement démontré que l'éducation sexuelle complète peut faciliter l'adoption de comportements sexuels plus sûrs, tels que le recul de l'âge du premier rapport sexuel et une utilisation accrue du préservatif, et contribuer ainsi à la réduction des infections sexuellement transmissibles, de la transmission du VIH et des grossesses non désirées (34, 35-37). En 2015, de nombreux pays avaient adopté le concept d'éducation sexuelle complète et s'employaient au renforcement de sa mise en œuvre au niveau national (38, 39). Cependant, un écart important subsiste entre les politiques mondiales et régionales et la mise en œuvre effective de l'éducation sexuelle complète sur le terrain.

LA VOIE À SUIVRE

- Veiller à ce que la conception et la mise en œuvre des programmes de changement de comportements reposent sur des preuves solides de ce qui marche.
- Diffuser largement des informations complètes et objectives sur la sexualité, notamment dans des programmes d'éducation sexuelle complète.
- S'appuyer sur la révolution mondiale des technologies de l'information et de la communication pour améliorer la communication pour le changement de comportements et établir un lien entre les personnes à risque d'infection au VIH et les services.

Éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants

Le monde s'est engagé à créer une génération sans sida. Cet engagement fait suite aux réussites sans précédent obtenues dans le cadre du *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie* (le Plan mondial).⁶

La diminution spectaculaire du nombre de nouvelles infections chez les enfants et des décès d'enfants liés au sida au cours des cinq dernières années est due principalement à la généralisation des médicaments antirétroviraux pour les mères vivant avec le VIH, pendant et après la grossesse. La fourniture de ces services a permis d'éviter 1,6 millions d'infections au VIH chez les enfants depuis 2000. En juin 2016, quatre pays ont été officiellement reconnus par l'Organisation mondiale de la Santé comme ayant éliminé la transmission de la mère à l'enfant : L'Arménie, la Biélorussie, Cuba, et la Thaïlande.

RETARDS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

- Le nombre de nouvelles infections chez les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) n'a pas diminué au cours des cinq dernières années.
- Dans de nombreux pays, les besoins en matière de planification familiale sont importants, mais non satisfaits.

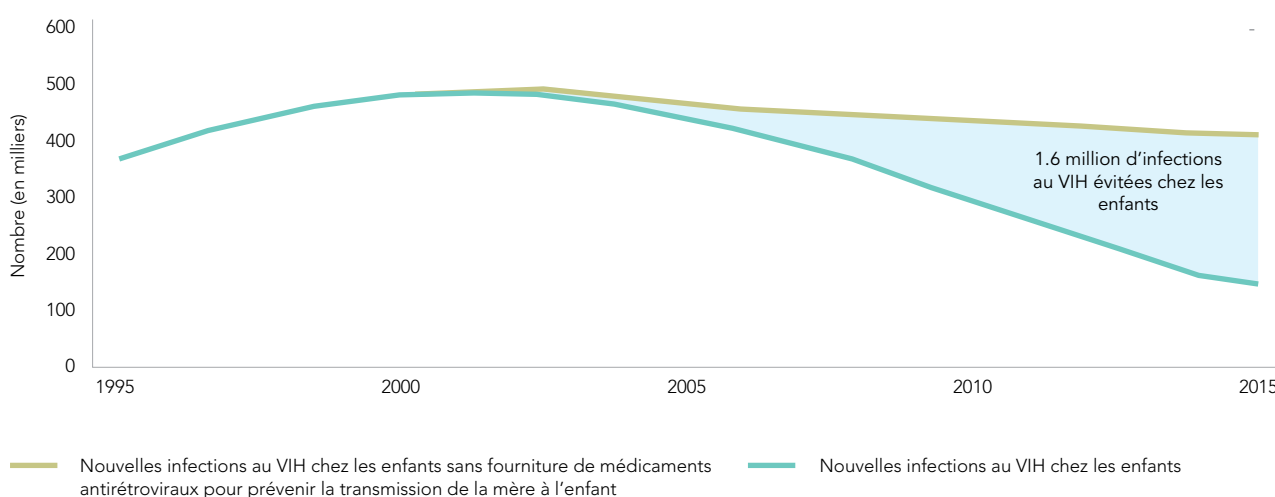
⁴ « Determined, Resilient, Empowered, AIDS-free, Mentored and Safe women », femmes déterminées, résilientes, autonomes, sans sida, conseillées et en sécurité.

⁵ Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Afrique du Sud, Swaziland, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et le Zimbabwe. I progress report of the Global Plan—On the Fast-Track to an AIDS-free generation—on the UNAIDS website (www.unaids.org).

⁶ Pour plus d'information, consultez le rapport final d'activité du Plan mondial - *On the Fast-Track to an AIDS-free generation (accélérer vers une génération sans sida)*-sur le site Web de l'ONUSIDA (www.unaids.org).

- En 2015, plus de 300 000 femmes n'ont pas eu accès aux médicaments antirétroviraux permettant de prévenir la transmission de la mère à l'enfant.
- Les taux d'abandon de traitement chez les femmes enceintes et allaitantes restent élevés, ce qui entraîne un risque accru de transmission à leurs enfants.

Nouvelles infections à VIH chez les enfants (0-14 ans) avec et sans fourniture de médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmissions de la mère à l'enfant, monde, 1995-2015



Source : Estimations ONISUDA 2016.

Les progrès ont, par ailleurs, été moins importants dans d'autres domaines. Le taux de nouvelles infections au VIH chez les femmes a peu évolué et les besoins en matière de planification familiale restent importants et non satisfaits dans de nombreux pays (40). À l'échelle mondiale, les nouvelles infections chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans ont diminué de 6 % entre 2010 et 2015 et de 2 % chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans). Le nombre de nouvelles infections chez les femmes en âge de procréer a augmenté de 5,2 millions entre 2010 et 2015, dont 1,2 million en Afrique du Sud. Le bourgeonnement de la cohorte de jeunes presque qu'au début de leur carrière de reproduction signifie que ces chiffres sont susceptibles d'augmenter, à moins que les efforts de prévention primaire soient couronnés de succès. C'est pourquoi les besoins de services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes en âge de procréer resteront importants dans un avenir prévisible.

La situation a été particulièrement difficile au Nigeria, qui avait en 2015 la deuxième plus grande épidémie de VIH dans le monde. Le Nigeria avait le plus grand nombre de nouvelles infections au VIH chez les enfants dans le monde (chiffre estimé à 41 000 [28 000 à 57 000]), soit approximativement l'équivalent des huit pays suivants au classement combinés. Depuis 2009, les nouvelles infections pédiatriques au VIH n'ont diminué que de 21 % au Nigeria, contre une moyenne de 60 % dans les autres pays prioritaires du Plan mondial (40).

L'initiative *Start Free, Stay Free, AIDS Free*, lancée en 2016 et dirigée par l'ONUSIDA et le PEPFAR, a pour objectif de s'appuyer sur les progrès réalisés dans le cadre du Plan mondial grâce à une approche accélérée de l'intensification des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien liés au VIH pour les enfants, les filles adolescentes et les jeunes femmes (41). L'initiative vise à augmenter et amplifier les efforts qui permettent déjà une accélération des progrès, notamment le partenariat DREAMS, l'initiative *Accelerating Children's HIV/AIDS Treatment - ACT* (*Accélérer le traitement du sida chez les enfants*) et l'initiative ALL-IN.

LA VOIE À SUIVRE

- Concentrer la prévention combinée du VIH sur les femmes et les filles dans les milieux à haute prévalence, notamment la prévention primaire chez les jeunes femmes ainsi que l'identification et le traitement pour les couples sérodiscordants.
- Aider les femmes vivant avec le VIH à éviter les grossesses non désirées en veillant à ce qu'elles aient accès à des services de santé sexuelle et de la reproduction, y compris la contraception.
- Intensifier les programmes et les initiatives qui soutiennent et défendent l'engagement des hommes et des partenaires intimes dans la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.
- Renforcer l'engagement communautaire, les modèles de prestation de services communautaires et le soutien communautaire, ainsi que les approches de prévention de la transmission de la mère à l'enfant fondées sur les droits.
- Passer à échelle le diagnostic précoce, le traitement et de soins pour les nourrissons et les enfants.

Investissement dans la prévention efficace

Le renforcement de l'engagement politique mondial dans la prévention du VIH doit être suivi d'un engagement financier renforcé. Les succès de la riposte mondiale au sida remportés à ce jour ont été alimentés par un niveau d'investissement extraordinaire. Le montant total des ressources financières pour la riposte au sida dans les pays à revenus faibles et intermédiaires⁷ a atteint un montant estimé à 19 milliards de dollars en 2015, soit le double du montant des ressources disponibles en 2006. Cependant, le financement international des services nationaux a diminué en 2015 pour la deuxième année consécutive, et se monte à 8,2 milliards de dollars américains, soit une réduction de 7 % par rapport au 8,7 milliards de dollars américains de 2014.⁸ Les investissements publics et privés nationaux ont augmenté de 0,4 milliard de dollars américains sur la même période, avec pour conséquence une disponibilité de ressources approximativement similaire en 2014 et 2015.

Les données disponibles montrent que les investissements dans la prévention du VIH (y compris la prévention de la transmission de la mère à l'enfant) ont légèrement augmenté au fil du temps dans un certain nombre de pays. Toutefois, ces augmentations plus rapides des dépenses pour le traitement du VIH se traduisent par une tendance à la baisse du pourcentage

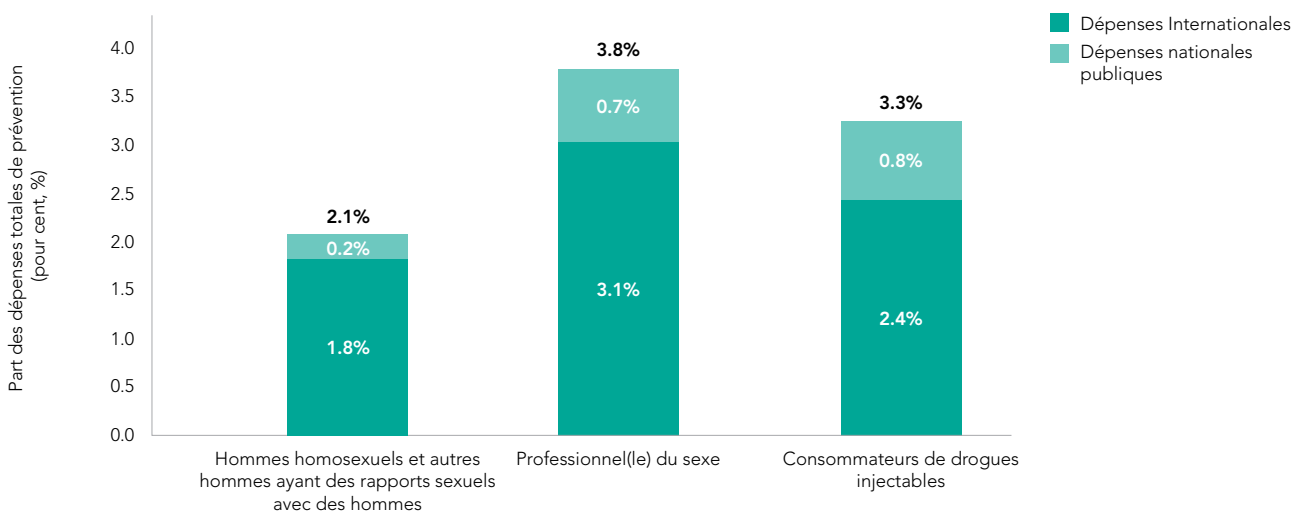
⁷ En excluant les pays suivants qui ont récemment effectué la transition vers la catégorie pays à revenu élevé et restent classés comme tels au moment de ce rapport : Argentine, Guinée équatoriale, Chili, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Fédération de Russie, Saint-Kitts-et-Nevis, Seychelles, Uruguay et Venezuela. Les investissements nationaux et internationaux dans les ripostes au sida de ces pays ont été inclus dans les estimations précédentes de l'ONUSIDA et les objectifs mondiaux. Des mises à jour sont attendues en tenant compte des révisions annuelles de la Banque mondiale sur la classification du niveau de revenu des pays.

⁸ La baisse des financements internationaux découle en partie de l'appréciation du dollar américain. L'évaluation des dons dans les monnaies d'origine montre cependant que la plupart des donateurs ont diminué leur financement. D'autre part, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a partiellement récupéré d'une diminution en 2014 attribuable au déploiement de son nouveau modèle de financement. Le PEPFAR a noté qu'une partie des financements américains qui devaient initialement être disponibles en 2015 ont été reportées lors de la planification annuelle et devaient être utilisés en 2016, en partie pour financer le projet DREAMS et d'autres initiatives telles que le récent engagement de 100 millions de dollars américains pour offrir des services aux populations clés.

du total des ressources dédiées à une large gamme de services de prévention (y compris la prévention de la transmission de la mère à l'enfant) d'environ 20 % au cours des dernières années, bien loin de l'engagement pris dans la Déclaration politique sur le VIH/sida en 2016 de veiller à ce que les ressources financières dédiées à la prévention du VIH soient adéquates et ne constituent pas moins d'un quart des dépenses consacrées au sida dans le monde.⁹

Par exemple, les services de prévention du VIH (y compris la prévention de la transmission mère-enfant), représentaient 20 à 23 % du total des ressources fournies par le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour le SIDA (PEPFAR) entre 2012 et 2014 (42). En excluant les dépenses consacrées à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et au conseil et dépistage volontaire du VIH, la part de la prévention était de 13 % à 16 % du total, dont 4 % pour les services qui ciblent les populations clés (43). Le financement supplémentaire centralisé pour la circoncision médicale masculine volontaire ou la prévention chez les jeunes femmes et les filles dans le cadre du partenariat DREAMS n'est pas entièrement pris en compte dans cette analyse. PEPFAR reste le plus grand donateur international de prévention efficace.

Dépenses consacrées aux programmes spécifiquement destinés aux populations clés en pourcentage du total des dépenses de prévention par source, 2010-2014



Source : Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde, 2010-2014.

Bien qu'il n'existe pas d'analyse détaillée disponible des dépenses du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, une analyse préliminaire menée par le Secrétariat du Fonds mondial pour le présent rapport indique que près de 14 % des dépenses du Fonds mondial en 2014 portaient sur la prévention primaire.

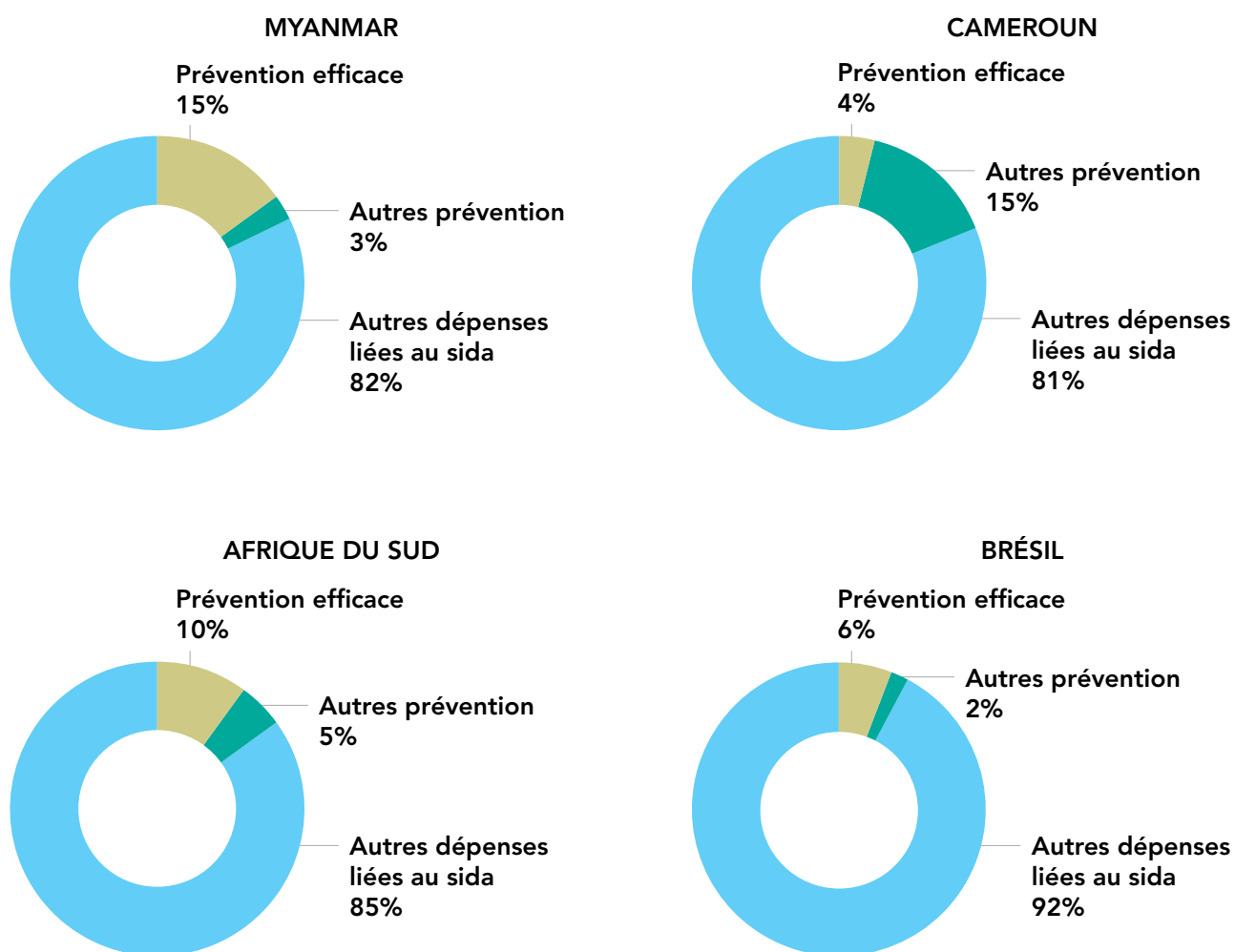
Les investissements doivent non seulement augmenter, mais aussi être rééquilibrés pour résoudre le problème de la quantité limitée de ressources actuellement disponibles pour les cinq piliers de la prévention primaire efficace et basée sur des preuves. Par exemple, la prévention du VIH pour les populations clés dans les pays à revenus faibles et intermédiaires représentait moins de 2 % des ressources totales consacrées au VIH en 2015, ou environ 9 %

⁹ Le pourcentage requis pour la prévention varie selon les pays. Il peut être inférieur à 25 % dans les pays à forte prévalence avec un grand nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, et supérieur à 25 % dans les pays à épidémies très concentrées parmi les populations clés et ayant des besoins de traitement peu élevés. (Stover J, Bollinger L, Izzola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD, et al. (2016) What Is Required to End the AIDS Epidemic as a Public Health Threat by 2030? The Cost and Impact of the Fast-Track Approach. PLoS ONE 11(5):e0154893).

des ressources consacrées à la prévention. La majorité des ressources pour les services axés sur les populations clés proviennent de donateurs internationaux, en dehors d'exceptions telles que le Brésil, le Mexique et quelques pays d'Asie et du Pacifique. En juin 2016, le PEPFAR a annoncé un fonds d'investissement spécial pour les populations clés de 100 millions de dollars américains qui aidera à combler le déficit de financement, mais sans répondre au besoin de sources de financement durable propres à chaque pays.

Une analyse de quatre pays de différentes régions, ayant des caractéristiques épidémiologiques différentes, a montré que le financement de la prévention primaire efficace et ciblée¹⁰ était insuffisant, avec des chiffres de 6 % au Brésil, 4 % au Cameroun, 15 % au Myanmar et 10 % en Afrique du Sud.

Pourcentage d'investissements pour une prévention efficace et d'autres catégories de prévention, quatre pays, 2013-2014



Source : Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde.

¹⁰ Les programmes de prévention efficaces ont été définis comme ceux qui ont une efficacité prouvée et sont inclus dans les cinq programmes piliers pour les populations clés (les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les prisonniers et les consommateurs de drogues injectables, y compris la réduction des risques) ; la promotion et la fourniture du préservatif ; circoncision médicale masculine volontaire ; prophylaxie pré-exposition ; et des programmes complets de prévention du VIH axés sur les jeunes femmes et les adolescentes, y compris les aides financières.

Agir tous ensemble pour la prévention : traduire les engagements mondiaux en actions nationales

Des données provenant de différents pays prouvent qu'une approche combinée, composée d'ensembles complets de mesures comportementales, biomédicales et structurelles, adaptées aux groupes de populations prioritaires dans leurs contextes locaux spécifiques, permet d'obtenir les meilleurs résultats. La recherche en Afrique du Sud a montré que combiner des aides financières avec l'éducation gratuite et des interventions de soutien psychosocial accélère la réduction des comportements à risque d'infection par le VIH parmi les adolescents (44). Dans trois pays d'Amérique centrale, la combinaison de campagnes de prévention intégrées et de composantes biomédicales et structurelles a amélioré le taux d'utilisation du préservatif par les professionnel(le)s du sexe avec leurs partenaires réguliers, en partie en permettant aux professionnel(le)s du sexe de s'attaquer à des facteurs sous-jacents qui influencent leurs comportements (45).

Les relations entre les acteurs gouvernementaux et communautaires vont jouer un rôle crucial pour l'avenir de la riposte en matière de prévention. Il est nécessaire de relancer l'activisme pour la prévention et de mettre en place un nouveau pacte entre les gouvernements et la société civile. Ce partenariat doit aller au-delà du plaidoyer sur le terrain vers la sensibilisation aux risques et du message « éviter le sida ». Les pactes nationaux doivent prévoir un rôle renforcé et clairement défini pour la société civile dans la planification des programmes de prévention, leur mise en œuvre et le suivi conjoint des progrès par rapport à des objectifs ambitieux. L'expérience de l'Australie, de l'Inde, de l'Afrique du Sud et de plusieurs pays d'Europe occidentale et centrale et d'Amérique du Nord montre que si l'engagement et le financement des gouvernements constituent la base des ripostes de prévention efficaces, la mise en œuvre des programmes de prévention, en particulier en ce qui concerne les populations clés, doit être réalisée en collaboration avec la société civile et les organisations de pairs qui ont la confiance et sont écoutés des populations ayant le plus besoin des services. Des accords contractuels formels entre le gouvernement et les organisations de la société civile, incluant la supervision, le tutorat et le renforcement des capacités, doivent être mis en place dans tous les pays.

Les objectifs et les engagements pris dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2016 constituent une base d'action. Les objectifs mondiaux doivent être traduits dans les plans de mise en œuvre nationaux et sous-nationaux qui se concentrent sur les populations et les lieux qui ont les besoins les plus importants et s'attaquent aux obstacles juridiques, sociaux et économiques à l'accès et à l'adoption des services de prévention aux niveaux national et local.

Les principaux partenaires doivent agir ensemble pour la prévention et veiller à ce que des capacités techniques et des ressources financières suffisantes soient disponibles. Un catalyseur clé pour l'action des pays sera les orientations mondiales sur la façon de définir la portée, l'accès ou la couverture des services dans chacun des cinq piliers. Le redoublement d'efforts de prévention combinée, en donnant un rôle central aux pays et aux communautés, permettra de mettre le monde sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de moins de 500 000 nouvelles infections d'ici à 2020 et mettre fin à l'épidémie de SIDA d'ici 2020.

RÉFÉRENCES

1. UNAIDS. Special analysis, 2016; Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Disease*. 13(3): 214–222 March 2013.
2. United Nations Human Settlements Programme. Ending the urban AIDS epidemic. Nairobi. 2015.
3. UNAIDS. On the Fast-Track to end AIDS by 2030: Focus on location and population. Geneva. 2015.
4. Kumar R, Mehendale SM, Panda S, Venkatesh S, Lakshmi PVM, Kaur M et al. Impact of targeted interventions on heterosexual transmission of HIV in India. *BMC Public Health*. 2011;11:549.
5. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime and Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva. 2012. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2014.
6. Stover J. Avenir Health. The contribution of condoms to HIV prevention. Presentation made at Global Condom Steering Group meeting, 21–23 March 2016, Geneva.
7. Newman et al. Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. *Plos One*, 8 December, 2015.
8. Njeuhmeli E et al. Voluntary medical male circumcision: modeling the impact and cost of expanding male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa. *PLOS Med*. 2011;8(11).
9. Making drug control “fit for purpose”: building on the UNGASS decade. Report by the Executive Director of the United Nations Office on Drugs and Crime as a contribution to the review of the twentieth special session of the General Assembly. E/CN.7/2008/CRP.17. In: Fifty-first Commission on Narcotic Drugs session, Vienna, 7 May 2008. Vienna: Commission on Narcotic Drugs; 2008 (https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_51/1_CRPs/E-CN7-2008-CRP17_E.pdf).
10. Skinner N, Feather NT, Freeman T, Roche AM. Stigma and discrimination in healthcare provision to drug users: the role of values, affect, and deservingness judgments. *J Appl Soc Psychol*. 2007;37:163–186.
11. Treloar C, Rance J, Backmund M. Understanding barriers to hepatitis C virus care and stigmatization from a social perspective. *Clin Infect Dis*. 2013;57 (Suppl. 2):S51–S55.
12. Strathdee SA, Beletsky L, Kerr T. HIV, drugs and the legal environment. *Int J Drug Policy*. 2015;26:S27–S32.
13. Pinkham S, Malinowska-Sempruch K. Women, harm reduction and HIV. *Reprod Health Matters*. 2008;16:168–181.
14. Policy brief: women who inject drugs and HIV—addressing specific needs. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, UN Women, World Health Organization and International Network of People Who Use Drugs; 2014 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN_POLICY_BRIEF2014.pdf).
15. Pokrovsky VV, Ladnaya NN, Tushino OI, EV Buratsova. [HIV infection: newsletter no. 40.] Moscow: Federal Scientific and Methodological Center for Prevention and Control of AIDS; 2015.
16. Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights. A/HRC/30/65. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights; 2015.
17. Rosmarin A, Eastwood N. A quiet revolution: drug decriminalisation policies in practice across the globe. London: Release; 2012 (<http://www.countthecosts.org/sites/default/files/release-quiet-revolution-drug-decriminalisation-policies.pdf>).
18. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365:493–505.
19. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med*. 2012;367:399–410.
20. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med*. 2012;367:423–434.
21. Solomon SS, Mehta SH, McFall AM, Srikrishnan AK, Saravanan S, Laeyendecker O, et al. Community viral load, antiretroviral therapy coverage, and HIV incidence in India: a cross-sectional, comparative study. *Lancet HIV*. 2016;3:183–190.

22. Das M, Chu PL, Santos GM, Scheer S, Vittinghoff E, McFarland W, Colfax GN. Decreases in community viral load are accompanied by reductions in new HIV infections in San Francisco. *PLOS One*. 2010;5:e11068
23. Fast-Track update on investments needed in the AIDS response. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/unaids_fast-track_update_investments_needed).
24. A short technical update on self-testing for HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2603_self-testing_en_0.pdf).
25. WHO expands recommendation on oral pre-exposure prophylaxis of HIV infection (PrEP). Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/prep/policy-brief-prep-2015/en/>).
26. FDA approves first drug for reducing the risk of sexually acquired HIV infection: July 16th 2012. (<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm312210.htm>).
27. Cairns G. L'ANSM établit la RTU de Truvada dans la prophylaxie pré-exposition au VIH - Point d'information. ANSM, 1 December 2015 (<http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/L-ANSM-etablit-la-RTU-de-Truvada-dans-laprophylaxie-pre-exposition-au-VIH-Point-d-information>).
28. Cairns G. First data on PrEP programme in France. *Aidsmap*, 3 June 2016 (<http://www.aidsmap.com/Cost-is-biggest-barrier-to-PrEP-in-Europe-ECDC-report-declares/page/3060924/>).
29. Medicines Control Council approves fixed-dose combination of tenofovir disoproxil fumarate and emtricitabine for pre-exposure prophylaxis of HIV. Press release, 3 December 2015. Pretoria: Medicines Control Council; 2015 (http://www.mccza.com/documents/2e4b3a5310.11_Media_release_ARV_FDC_PrEP_Nov15_v1.pdf).
30. South Africa and Kenya approval of oral PrEP should spur rollout. Press release, 17 December 2015. Pretoria: Medicines Control Council; 2015 (<http://www.avac.org/blog/south-africa-and-kenya-approval-oral-prep>).
31. Ongoing and planned PrEP open label, demonstration and implementation projects, as of June 2016. New York: AVAC; 2016 (http://www.avac.org/sites/default/files/resourcefiles/PrEP_Trials_Demonstration_Projects_June_2016.pdf)
32. Population-based surveys, 2009–2015.
33. Zimbabwe National AIDS Council, UNFPA. National behavior change survey 2007/8. Harare, 2009.
34. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD (2014) School Based Sex Education and HIV Prevention in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 9(3): e89692. doi:10.1371/journal.
35. UNFPA state of the world population 2013. Motherhood in childhood: facing the challenges of adolescent pregnancy. New York: UNFPA; 2013.
36. García-Moreno C et al. Addressing violence against women: a call to action. *Lancet*. 2015;385:1685–95.
37. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. Paris: UNESCO; 2009.
38. UNFPA. Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education. Paris: UNESCO; 2015.
39. Ministerial Declaration: prevention through education. First Meeting of Ministers of Health and Education to Stop HIV and STIs in Latin America and the Caribbean; 2010 (<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaration-preventing-education-english.pdf>, accessed 6 July 2016).
40. On the Fast-Track to an AIDS-free generation. Geneva: UNAIDS; 2016.
41. On the Fast-Track to end AIDS. In: free.unaids.org [website]. UNAIDS, PEPFAR and partners (<http://free.unaids.org>, accessed 7 July 2016).
42. UNAIDS analysis of data from the PEPFAR dashboard (<https://data.pepfar.net/global>; accessed 1 July 2016).
43. PEPFAR submission for GARPR 2016.
44. Cluver, L, Orkin, M, Yakubovich, A, Sherr, L (2016). Combination social protection for reducing HIV-risk behaviour amongst adolescents in South Africa. *JAIDS*. 72: 96-104.
45. J Rivas, S Lungo, S Ruether, et al. Are combination prevention interventions effective? The impact of combination prevention on increasing condom use among female sex workers in Central America. 20th International AIDS Conference. Melbourne, July 20-25 2014. Abstract ThAC0302.



**Programme conjunt des
Nations Unies sur le VIH/SIDA**

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org