

90-90-90

Une cible ambitieuse de
traitement pour aider à mettre
fin à l'épidémie du sida

ONUSIDA / JC2684F

Copyright © 2014

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

Tous droits de reproduction réservés.

Toute reproduction de graphiques, tableaux, cartes et extraits est libre de droits en cas d'utilisation éducative, non commerciale et sans but lucratif, sous réserve de la mention suivante : ONUSIDA + année. Pour les photos, la source doit être mentionnée comme suit : ONUSIDA/nom du photographe + année. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction – à des fins de vente ou de diffusion non commerciale – doivent être adressées à l'Unité de production de l'information, par courriel, à : publicationpermissions@unaid.org.

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.

Sauf indication contraire, les photographies utilisées dans ce document le sont à des fins d'illustration seulement. Toute personne représentée dans ce document l'est en qualité de « modèle » ; l'utilisation de la photographie ne signifie pas l'adhésion du modèle au contenu de ce document, ni une relation entre le modèle et l'un des sujets abordés dans ce document.

Mettre fin à l'épidémie du sida est plus qu'un devoir historique pour les 39 millions de personnes qui sont mortes de la maladie. Cela représente également une occasion inoubliable pour jeter les bases d'un monde plus sain, plus juste et plus équitable pour les générations futures. Mettre fin à l'épidémie du sida inspirera des efforts plus étendus en matière de santé et de développement mondial, démontrant ainsi ce qui peut être réalisé grâce à la solidarité mondiale, aux actions fondées sur des données avérées et aux partenariats multisectoriels.

Bien que de nombreuses stratégies soient nécessaires pour clore le chapitre de l'épidémie du sida, une chose demeure certaine : Il sera impossible de mettre fin à l'épidémie sans apporter le traitement du VIH à tous ceux qui en ont besoin.

Alors que le monde porte son regard sur la voie à suivre après la date limite de 2015 en ce qui concerne les objectifs et les engagements pris dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2011, une cible finale est nécessaire pour stimuler les progrès et écrire le chapitre final de l'épidémie du sida, promouvoir la redevabilité et unifier les efforts des différentes parties prenantes dans un effort commun. Alors que les cibles précédentes sur le sida cherchaient à atteindre des résultats progressifs dans la réponse, le but dans l'ère de l'après 2015 n'est rien moins que la fin de l'épidémie du sida d'ici à 2030.

En Décembre 2013, le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA a invité l'ONUSIDA à soutenir les efforts des pays et des régions pour déterminer de nouvelles cibles pour le passage à échelle du traitement du VIH au-delà de 2015. En réponse à cet appel, des consultations des différentes parties prenantes sur de nouvelles cibles ont été organisées dans toutes les régions du monde. Au niveau mondial, les acteurs se sont réunis pour des consultations thématiques axées sur la société civile, les laboratoires médicaux, le traitement pédiatrique du VIH, les adolescents et sur d'autres questions majeures.

A présent, un fort élan voit le jour en faveur d'un nouvel argumentaire sur le traitement du VIH et d'une cible finale tout à la fois ambitieuse et réalisable :

- A l'horizon 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.
- A l'horizon 2020, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable.
- A l'horizon 2020, 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

LA CIBLE DU TRAITEMENT



Dépistés



Sous traitement



Charge virale supprimée

Une fois cette cible à trois volets atteinte, au moins 73% de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde auront une charge virale supprimée – ce qui représente deux à trois fois plus que les estimations actuellement disponibles. La modélisation suggère que la réalisation de ces cibles d'ici à 2020 permettra à la communauté mondiale de mettre fin à l'épidémie du sida d'ici à 2030, ce qui va générer des bénéfices importants en matière de santé et d'économie.

La seule façon d'atteindre cette cible ambitieuse repose sur des approches dictées par les principes des droits humains, le respect mutuel et l'inclusion. Les approches coercitives violent non seulement les normes fondamentales des droits de l'homme, mais elles entravent également l'espoir de mettre fin à l'épidémie du sida. Comme l'expérience à travers le monde l'a montré de manière répétitive et concluante, les approches coercitives éloignent les personnes des services dont elles ont vraiment besoin.

Le traitement du VIH est un outil essentiel pour mettre fin à l'épidémie du sida mais il n'est pas le seul. Tout en prenant des mesures pour maximiser les effets de prévention du traitement du VIH, des efforts urgents sont aussi nécessaires pour intensifier d'autres stratégies de prévention de base, y compris l'élimination de la transmission mère-enfant, la distribution de préservatifs, la prophylaxie de pré-exposition aux antirétroviraux, la circoncision masculine médicale volontaire dans les pays prioritaires, les services de réduction des risques pour

les personnes qui s'injectent des drogues, et des programmes ciblés de prévention en faveur d'autres populations clés. Pour mettre en place une réponse globale en vue de mettre fin à l'épidémie, des efforts concertés seront nécessaires pour éliminer la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale.

Mettre fin au sida nécessitera un accès ininterrompu à un traitement à vie pour des dizaines de millions de personnes, ce qui exige la mise en place de systèmes communautaires et sanitaires solides et flexibles, la protection et la promotion des droits humains et des mécanismes de financement durables capables de soutenir des programmes de traitement à vie pour les personnes vivant avec le VIH. D'importantes nouvelles technologies voient le jour : des outils de dépistage plus simples et plus abordables, des antirétroviraux mieux tolérés, mais aussi avec une durée d'action plus longue et financièrement plus abordables qui permettent d'éviter les prises quotidiennes. Les rendre disponibles au plus grand nombre sera possible si la volonté politique, la préparation du système et l'adoption et la mise en œuvre d'orientations normatives mondiales sont réunies. Tout comme la prophylaxie de la *pneumonie à *Pneumocystis carinii** a servi dans les premières années du sida comme passerelle de sauvetage vers l'ère du traitement antirétroviral pour des millions de personnes vivant avec le VIH, le monde a besoin de maximiser l'efficacité des outils existants afin de prolonger les vies vers une ère où la guérison ou l'accès à des traitements substantiellement plus simples seront possibles.

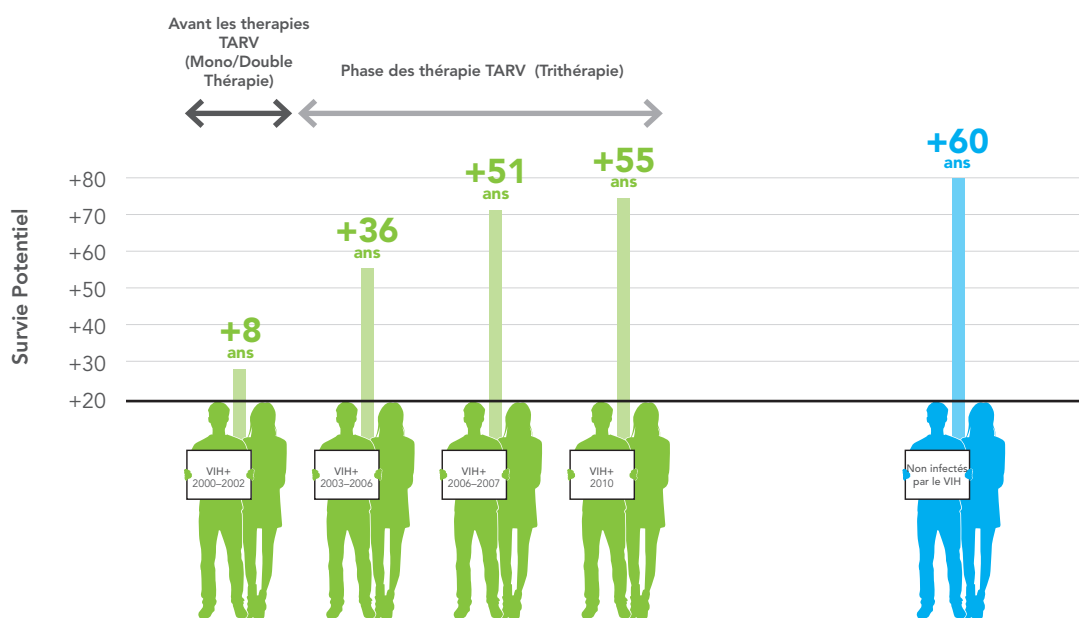
TRAITEMENT DU VIH : ESSENTIEL POUR METTRE FIN A L'ÉPIDÉMIE DU SIDA ET FAIRE DE LA TRANSMISSION DU VIH UN ÉVÈNEMENT RARE

Le traitement du VIH est un outil unique dans la riposte au sida, pour prévenir les maladies et les décès, pour éviter de nouvelles infections et pour économiser de l'argent. L'espoir de mettre fin à l'épidémie du SIDA dépend dans une large mesure de la capacité de la

communauté mondiale à offrir le traitement contre le VIH à tous ceux qui en ont besoin, à travers une approche fondée sur les droits humains. De ce fait, la mise en place de cibles finales pour l'accès universel au traitement est essentielle.

Fig. 1

LE TRAITEMENT DU VIH PEUT NORMALISER LA SURVIE



Impact attendu du traitement du VIH sur la survie d'une personne âgée de 20 ans vivant avec le VIH dans un milieu à revenu élevé (différentes périodes)

Source : Samji H et al., PLoS ONE, 2013.

Le traitement du VIH prévient les maladies et l'invalidité liées au VIH

En recommandant une hausse du seuil du taux de CD4 pour initier le traitement du VIH de 350 à 500 cellules/mm³, l'OMS a cité des données de plus en plus évidentes sur les avantages cliniques de l'initiation précoce du traitement.¹ Depuis le lancement des directives, les analyses supplémentaires des résultats de l'essai HPTN 052 ont montré que les participants à l'étude randomisée dans le bras traitement précoce (taux de CD4 250-500) avait un taux médian de CD4 plus élevé au cours de deux années de suivi, avaient 27% de chances en moins de vivre un événement clinique primaire, 36% de chances en moins d'avoir un événement clinique défini comme étant le sida, et 51% de chances en moins d'avoir la tuberculose.²

Le traitement du VIH évite les décès liés au SIDA

Ceux qui avaient acquis le VIH avant que le traitement antirétroviral soit disponible pouvaient s'attendre à vivre seulement 12,5 années,³ mais aujourd'hui, un jeune des pays industrialisés qui est infecté par le VIH peut espérer vivre une vie proche de la normale (cinq décennies) en prenant un traitement contre le VIH tout au long de sa vie et de manière ininterrompue (Fig. 1).⁴ Des preuves de plus en plus nombreuses indiquent que de tels résultats sont également réalisables dans des milieux où les ressources sont limitées.²

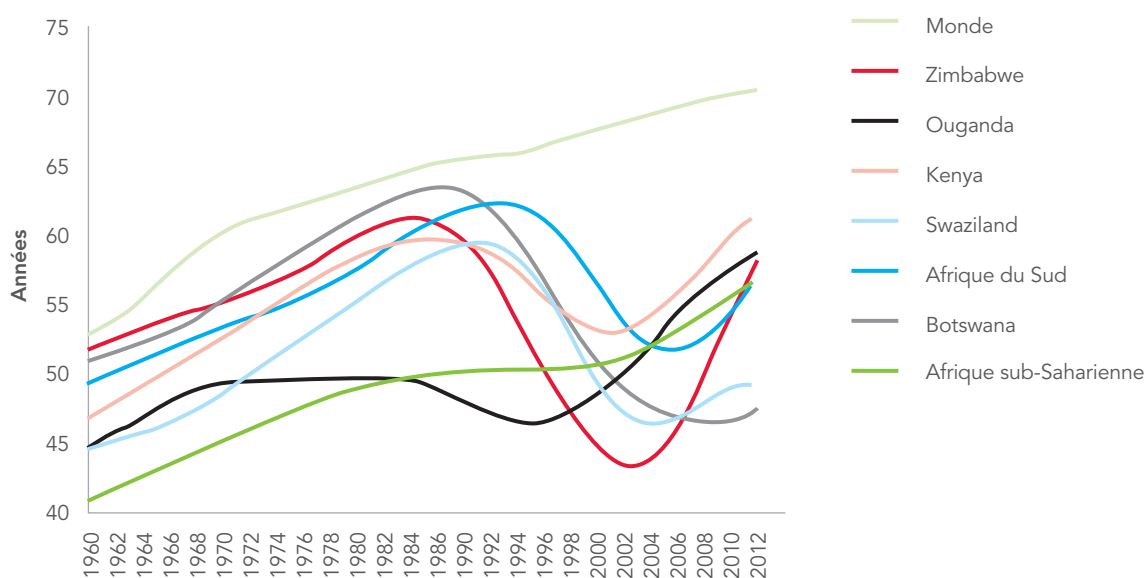
Des pays à revenu faible et intermédiaire ont vu les décès liés au sida chuter lors de l'introduction d'un traitement généralisé contre le VIH.

Comme l'accès au traitement s'est élargi au cours de la dernière décennie dans les pays à haute prévalence, les effets dévastateurs de l'épidémie ont été inversés avec une espérance de vie significativement en hausse dans les pays où le traitement contre le VIH est passé à

l'échelle (Fig. 2). Le fait que l'espérance de vie n'a pas encore retrouvé les niveaux d'avant 1990 souligne néanmoins la nécessité de continuer à étendre l'accès aux services de traitement du VIH.

Fig. 2

TENDANCES DE L'ESPERANCE DE VIE DURANT L'ÉPIDÉMIE DU SIDA



Source : Données de la Banque mondiale sur l'espérance de vie <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>. Consulté le 15 septembre 2014.

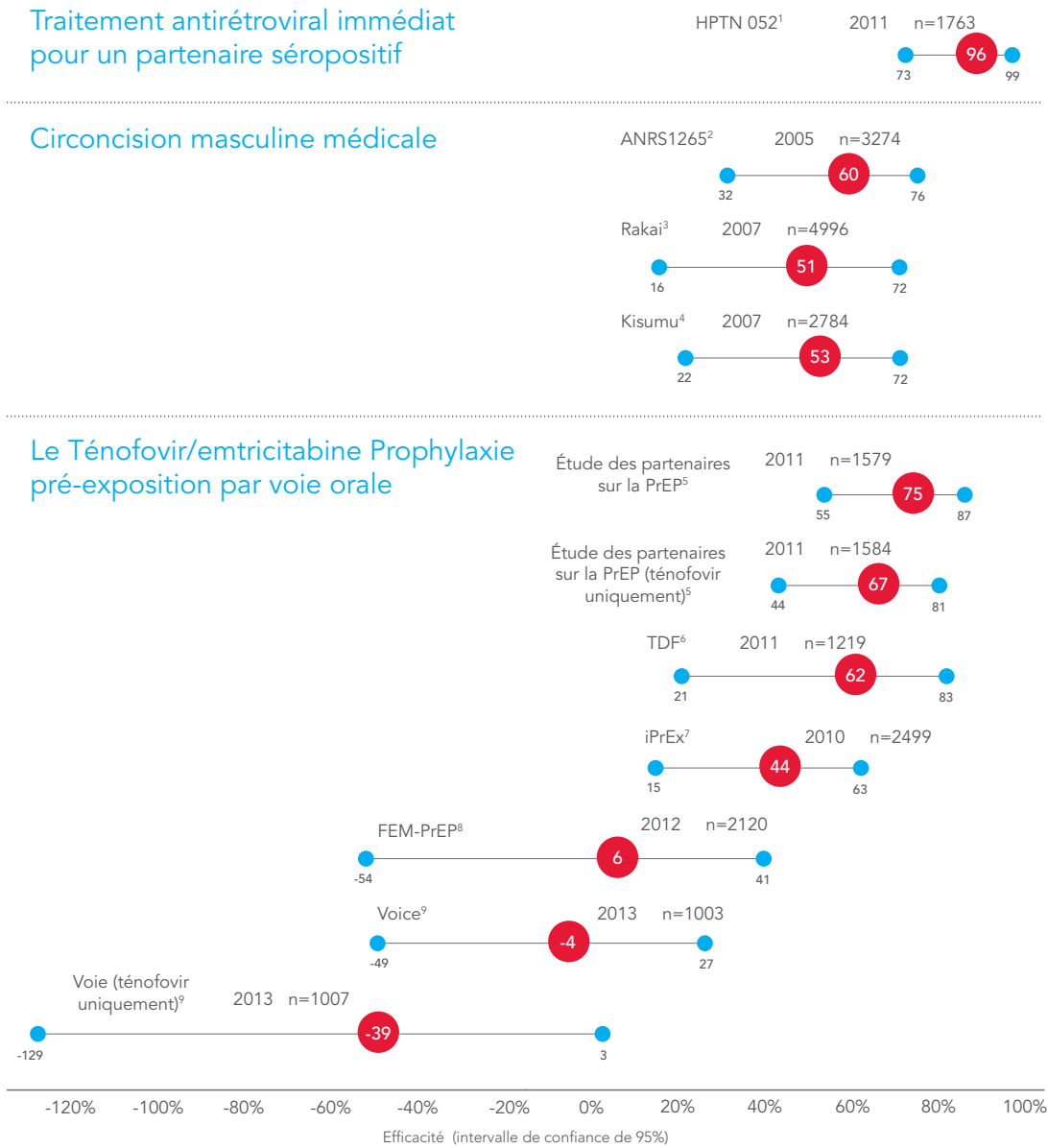
Le traitement du VIH prévient de nouvelles infections

Parmi les interventions de prévention évaluées à ce jour dans des études randomisées et contrôlées, le traitement du VIH a, de très loin, l'effet le plus important sur l'incidence du VIH (Fig. 3).⁵ Les résultats provisoires de l'étude PARTNER indiquent que, parmi 767 couples

séro-discordants et après un nombre estimé de 40 000 cas de rapports sexuels, aucun cas de transmission du VIH n'est survenu lorsque le partenaire séropositif avait une charge virale indétectable. En tant qu'outil de prévention, le traitement du VIH doit être considéré comme une composante essentielle d'une combinaison d'approches fondées sur des faits (appelée « prévention combinée »).

Fig. 3

EFFICACITE DES INTERVENTIONS DE PREVENTION BIO-MEDICALES DISPONIBLES TIREES D'ESSAIS CLINIQUES RANDOMISES. MODIFIEES AVEC LA PERMISSION DE MARRAZZO ET AL, JAMA, IN PRESS, 2014.*



Sources: 1. Cohen M, Chen Y, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, et al. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*, 2011;365:493-505. DOI:10.1056/NEJMoa1105243 2. Auvvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, et al. (2005) Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. *PLoS Med* 2(11):e298. DOI:10.1371/journal.pmed.0020298. 3. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *The Lancet*, 369(9562): 657-666, 24 février 2007. DOI:10.1016/S0140-6736(07)60313-4. 4. Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 369(9562) :643- 656, 24 février 2007. DOI:10.1016/S0140-6736(07)60312-2. 5. Baeten JM, D. Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. *N Engl J Med* 2012; 367:399-410. DOI: 10.1056/NEJMoa1108524. 6. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, et al. Antiretroviral Pre-exposure Prophylaxis for Heterosexual HIV Transmission in Botswana. *N Engl J Med* 2012; 367:423-34. DOI: 10.1056/NEJMoa1110711. 7. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med* 2010; 363:2587-99. DOI: 10.1056/NEJMoa1011205. 8. Van Damme L, Corneli A, Ahmed K, Agot K, Lombaard J, et al. Pre-exposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women (FEM-PrEP). *N Engl J Med* 2012;367:411-22. DOI:10.1056/NEJMoa1202614. 9. J. Marrazzo, G Ramjee, G Nair, et al. Pre-exposure prophylaxis for HIV in women: daily oral tenofovir, oral tenofovir/emtricitabine or vaginal tenofovir gel in the VOICE study (MTN 003). 20ème Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes. Atlanta, GA, mars 3-6, 2013. Extrait 26LB.

Les avantages de la prévention par le traitement du VIH sont visibles au sein de la population générale. Dans le KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, chaque augmentation de 1% de la couverture a eu comme conséquence une réduction de 1,1% de l'incidence du VIH. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés dans la province canadienne de la Colombie-Britannique, où chaque augmentation de 1% du nombre de personnes avec une suppression virale a été associée à une réduction estimée de 1,2% de l'incidence du VIH.⁸ Alors que les effets de prévention du traitement du VIH sont susceptibles de varier en fonction du degré et de la nature de l'épidémie et ne peuvent pas se poursuivre indéfiniment de manière linéaire, la preuve est faite que la mise à l'échelle du traitement génère de solides bénéfices au niveau de la population. En résumé, le traitement du VIH est la pierre angulaire de la prévention combinée du VIH.

Le traitement du VIH permet d'économiser de l'argent

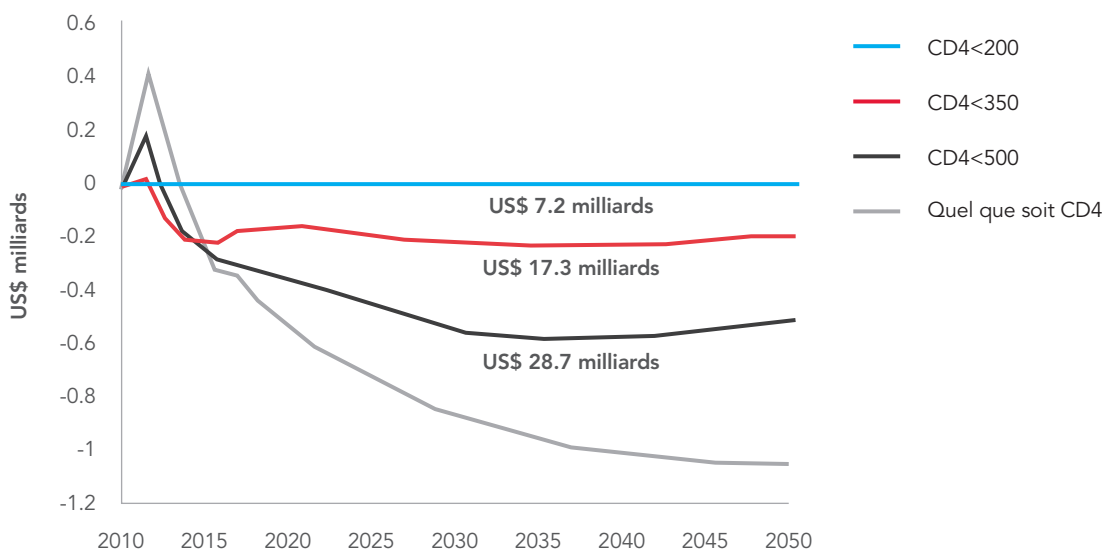
L'initiation précoce du traitement renforce aussi bien les avantages sanitaires qu'économiques. En Afrique du Sud, par exemple, tous les scénarios d'expansion du traitement basés sur des seuils plus élevés de CD4 pour l'initiation du traitement ont été estimés par des modèles qui permettent de générer simultanément des avantages sanitaires et économiques mais les

bénéfices les plus importants se produisent lorsque le traitement est disponible pour toutes les personnes vivant avec le VIH, quel que soit leur taux de CD4 (Fig. 4). L'expansion rapide du traitement du VIH à toutes les personnes vivant avec le VIH permettrait d'éviter 3,3 millions de nouvelles infections à VIH en Afrique du Sud d'ici 2050 et d'économiser 30 milliards de dollars américains.⁹

Selon un autre exercice de modélisation, les investissements pour la généralisation du traitement du VIH génèreraient des rendements plus de deux fois supérieurs si l'on prend en compte les frais médicaux et les soins des orphelins évités ainsi que les gains de productivité du travail.¹⁰ Il ne sera pas nécessaire d'attendre des décennies pour voir les avantages économiques des premiers investissements réalisés dans la mise à l'échelle rapide du traitement. Dans certains pays, les économies découlant des investissements dans la mise à l'échelle du traitement du VIH sont immédiatement perceptibles.¹¹ Des économies réelles de coûts apparaîtront un peu plus tard dans les pays à forte prévalence du VIH. Pourtant, même en Afrique du Sud, pays qui abrite le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH comparés à tous les autres pays, les estimations indiquent que le pays atteindra le point d'équilibre dans une décennie après la mise à l'échelle du traitement à toutes les personnes, quel que soit leur taux de CD4.^{12,13}

Fig. 4

ELARGIR L'ACCES AU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL EST UN INVESTISSEMENT JUDICIEUX : CAS DE L'AFRIQUE DU SUD



Source: Granich R et al expansion ART pour le traitement et la prévention du VIH en Afrique du Sud: Estimation du coût et de la rentabilité de 2011 à 2050. PLoS ONE, 2012, 7: e30216

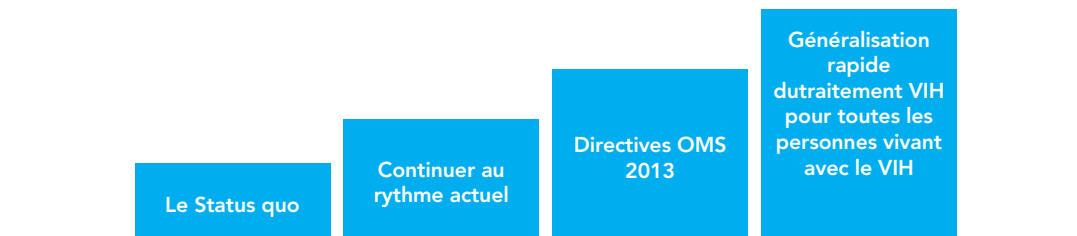
Le traitement du VIH pour la période de l'après 2015 : Les choix auxquels le monde fait face

Alors que la date butoir pour l'atteinte des cibles de 2015 approche et que le monde cherche de nouveaux

repères pour orienter et conduire les progrès au-delà de 2015 plusieurs voies restent ouvertes en rapport avec la généralisation du traitement du VIH (Fig. 5) :

Fig. 5

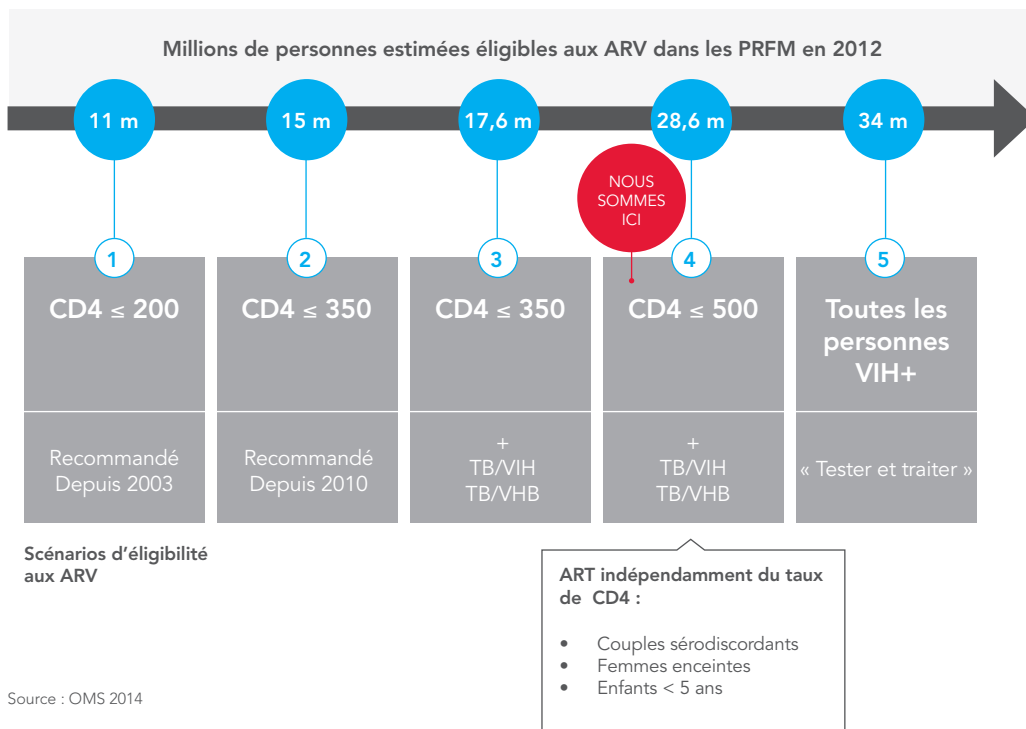
LES CHOIX



- Maintenir le statu quo : une des options serait de se reposer sur ses lauriers, en maintenant les niveaux de couverture actuels, sans investir pour étendre l'accès au traitement. Le maintien du statu quo s'accompagnerait de la persistance des ruptures de stocks de médicaments ainsi que d'une très faible couverture dans plusieurs pays où le poids de l'épidémie à VIH est important, tels que le Nigéria, la Fédération de Russie et la République Démocratique du Congo. Cette approche conduirait à une extension progressive du poids du fléau mondial qu'est le sida, tout en réduisant, voire même en annulant l'ensemble des acquis à ce jour.
- Intensifier la mise à l'échelle dans le cadre des directives 2013 de l'OMS : la mise en œuvre rapide des dernières directives, y compris pour les adolescents et les populations clés, représenterait un renforcement important des efforts mondiaux dans le domaine, car environ 85% de toutes les personnes vivant avec le VIH sont éligibles au traitement conformément aux recommandations actuelles de l'OMS. Cependant, cette option laisserait des millions de personnes vivant avec le VIH avec un taux de CD4 supérieur à 500, dont de nombreux membres des populations clés, sans possibilité de traitement immédiat.
- Continuer au rythme actuel : en poursuivant les investissements pour les programmes de traitement, la couverture continuera à augmenter régulièrement dans ce scénario. Toutefois, au fil du temps, la poursuite des stratégies actuelles pourrait ne plus engendrer que de bien maigres résultats, car les efforts nécessaires à fournir seront de plus en plus importants pour atteindre les populations les plus enclavées avec des services de dépistage et de traitement. Dans un tel scénario, l'objectif d'accès universel restera lettre morte pour les enfants et les populations clés, ainsi que pour les dizaines de pays où la couverture du traitement du VIH reste faible.
- Élargir rapidement l'accès au traitement du VIH pour toutes les personnes vivant avec le VIH, quel que soit leur taux de CD4 : ce scénario appelle les pays à utiliser le nombre total de personnes vivant avec le VIH comme dénominateur pour estimer la couverture en traitement. Compte tenu de la nette tendance à commencer plus tôt le traitement du VIH, y compris le fait que les directives nationales dans plus d'une douzaine de pays demandent expressément ou permettent l'initiation du traitement antirétroviral, indépendamment de la numération des CD4 ; ce scénario suppose que les directives internationales recommandent finalement une approche volontaire, respectueuse des droits humains et basée sur le dépistage-et-l'offre pour toutes les personnes vivant avec le VIH (figure 6).

Fig. 6

SCÉNARIOS D'ÉLIGIBILITÉ AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL : VISION DE L'OMS



Un rapport d'étape sur la généralisation du traitement du VIH

Le monde est maintenant sur la bonne voie pour atteindre son objectif qui consiste à offrir un traitement contre le VIH à au moins 15 millions de personnes d'ici 2015. En décembre 2013, près de 12,9 millions de personnes dans le monde recevaient déjà un traitement antirétroviral. C'est une réussite extraordinaire qui devrait inspirer la communauté internationale dans la mesure où commence la planification de la période d'après 2015. La capacité des pays à surmonter d'énormes défis liés à la généralisation du traitement permet maintenant à la communauté internationale d'envisager ce qui était autrefois à peine imaginable - Mettre fin à l'épidémie du sida.

Toutefois, alors que les gains réalisés à ce jour restent historiques, le gros du travail, qui consiste à rendre le traitement du VIH disponible à tous ceux qui en ont besoin, reste encore à réaliser. En décembre 2013, seuls 37% des personnes vivant avec le VIH recevaient un

traitement antirétroviral, ce qui laisse plus de 22 millions de personnes vivant avec le VIH sans traitement. Il est probable que ceux qui reçoivent déjà le traitement du VIH dans de nombreux pays soient les plus faciles à atteindre, ce qui laisse penser que la voie de l'accès universel pour toutes les populations posera des défis majeurs.

Les progrès mondiaux dans l'extension du traitement du VIH masquent aussi des différences considérables dans l'accès aux services de traitement vitaux. Les écarts substantiels de couverture existent entre les régions et en leur sein; sur le continent africain, par exemple, la couverture du traitement variait de 41% en Afrique de l'Est et du Sud à 19% en Afrique du Nord en 2013 (Fig. 8). En dehors de l'Afrique, très peu ou pas de progrès au niveau régional ont été réalisés depuis 2005 dans la réduction des décès liés au sida au Moyen-Orient, en Europe de l'Est, en Asie centrale et dans certains pays asiatiques, en raison de d'une couverture du traitement qui demeure insuffisante.

Fig. 7

COUVERTURE TOTALE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL PAR REGION EN 2013

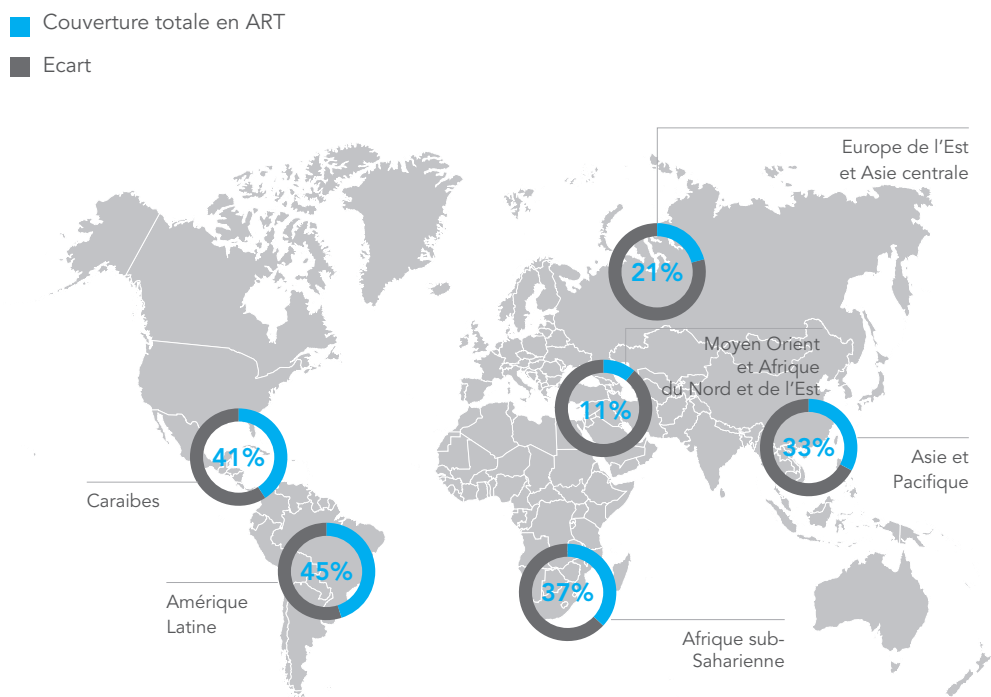
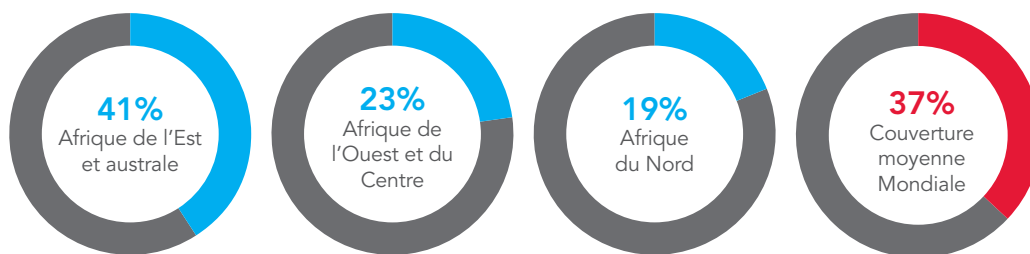


Fig. 8

LA COUVERTURE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL VARIE EN AFRIQUE



Source : Estimations de 2013 de l'ONUSIDA.

En 2013, alors que 37% des adultes vivant avec le VIH dans le monde recevaient un traitement antirétroviral, seulement 24% des enfants vivant avec le VIH y avaient accès. Comme les enfants qui contractent le VIH sont confrontés à 50% de chances de mourir avant leur deuxième anniversaire en l'absence de

traitement, l'incapacité généralisée à utiliser les outils diagnostiques et thérapeutiques qui sont à notre disposition représente une faiblesse grave et intolérable dans la riposte au sida. En 2013, on estime que 190 000 enfants sont morts de causes liées au sida.

90-90-90 : UNE NOUVELLE VISION DU TRAITEMENT DU VIH QUI POSE LES FONDEMENTS POUR METTRE FIN A L'ÉPIDÉMIE DU SIDA

Depuis que la cible actuelle de traitement du VIH qui consiste à mettre 15 millions de personnes sous traitement d'ici 2015 a été approuvée lors de la Réunion de Haut Niveau de 2011 sur le sida, l'émergence de preuves convaincantes sur les avantages préventifs et thérapeutiques du traitement précoce a transformé notre compréhension des méthodes optimales de traitement. Les expériences programmatiques cumulées (notamment à propos des perdus de vue au long de la cascade du traitement) ont également remodelé nos points de vue sur le traitement du VIH, soulignant le rôle capital de la qualité des services dans la perception du potentiel en matière de santé que représente le traitement antirétroviral et renforcé l'importance centrale d'une approche basée sur droits humains. Ces données tirées à la fois d'essais cliniques et de l'expérience considérable des pays ont renforcé le caractère sage des appels faits dès 2006 par des experts de haut niveau pour tirer parti des avantages préventifs du traitement du VIH.¹⁵

Il est de plus en plus évident que le monde a besoin d'une nouvelle vision pour le traitement du VIH qui s'inspire de l'extraordinaire expansion des connaissances de ces dernières années. La nouvelle cible de traitement 90-90-90 reflète les changements de paradigme essentiels pour l'approche de généralisation du traitement :

- Plutôt que de se concentrer sur un seul chiffre (c'est-à-dire le nombre de ceux qui reçoivent le traitement du VIH), la nouvelle cible reconnaît la nécessité de se focaliser sur la qualité et les résultats de la thérapie antirétrovirale au fur et à mesure que les services de traitement sont mis à l'échelle. Ces nouvelles cibles portent sur les étapes de la cascade du VIH : de l'initiation des soins,

jusqu'à la mesure du degré auquel les programmes atteignent leur objectif ultime de suppression virale.

- Contrairement aux cibles précédentes, qui ont porté exclusivement sur les gains directs de morbidité et de mortalité liés à la mise à l'échelle du traitement, la nouvelle cible capte à la fois les *avantages thérapeutiques et préventifs* du traitement du VIH. Comme la nouvelle cible le reflète, des efforts seront nécessaires pour expliquer aux individus, aux communautés, aux décideurs et à la société en général que le traitement antirétroviral maintient non seulement les personnes en vie, mais empêche également la transmission du virus.
- La nouvelle cible privilégie *l'équité*. La communauté mondiale ne mettra fin à l'épidémie du SIDA que si *toutes* les communautés affectées par le VIH ont un accès complet et équitable au traitement vital et à d'autres services de prévention. En particulier, l'ambitieuse cible 90-90-90 exige des progrès spectaculaires de réduction de l'écart qui existe en matière de traitement en faveur des enfants, des adolescents et des populations clés, en faisant usage d'approches fondées sur les droits.
- La nouvelle cible met l'accent sur *la rapidité* de la mise à l'échelle et de l'initiation précoce du traitement du VIH d'une manière compatible avec les droits humains. Une mise à l'échelle précoce permet à la réponse de prendre de l'avance sur l'épidémie elle-même et renforce les économies à long terme. Afin d'atteindre l'objectif de mettre fin à l'épidémie du SIDA d'ici à 2030, une mise à l'échelle accélérée est requise d'ici à 2020.

POURQUOI UNE NOUVELLE CIBLE DE TRAITEMENT EST NÉCESSAIRE

Une nouvelle cible de traitement est nécessaire d'urgence pour accélérer les progrès vers la fin de l'épidémie du sida dans l'ère post-2015.

- *Les cibles sont les moteurs du progrès.* Nombre de personnes étaient sceptiques quand les pays, en 2003 ont adhéré à « l'initiative 3 by 5 », puis de nouveau en 2011, lorsque le monde s'est engagé à fournir le traitement du VIH à 15 millions de personnes d'ici à 2015. Cependant, l'existence de ces cibles a orienté la détermination mondiale et stimulé l'expansion sans précédent de l'accès au traitement. En dépit de ces grands succès, plus de 60% de toutes les personnes vivant avec le VIH ne bénéficiaient pas de traitement du VIH en décembre 2013, ce qui souligne la nécessité d'intensifier les efforts pour apporter le traitement du VIH à tous ceux qui en ont besoin. La définition d'une nouvelle cible est vitale pour le renouvellement de la volonté mondiale de combler le déficit d'accès au traitement.
- *Une nouvelle cible vers 2020 est nécessaire pour guider l'action au-delà de 2015.* Bien que l'épidémie soit loin d'être enrayée, aucune cible n'est en place pour le passage à l'échelle du traitement après décembre 2015. Mettre fin à l'épidémie exigera de nouvelles étapes intermédiaires pour guider et accélérer les progrès de l'après 2015.
- *Les cibles promeuvent la responsabilité.* Un objectif clairement défini permet aux différentes parties prenantes d'identifier leurs rôles et responsabilités respectifs et d'évaluer de façon critique les lacunes afin d'accélérer les progrès vers le point de référence convenu. Des rapports d'étape réguliers dans le cadre de l'initiative « 3 by 5 », par exemple,

ont poussé les parties prenantes à s'attaquer aux obstacles qui freinaient le passage à l'échelle vers la cible de 2005, tels que la faiblesse des systèmes de gestion des approvisionnements et des stocks, le manque de ressources humaines et les coûts élevés des médicaments antirétroviraux. Une nouvelle cible basée sur les connaissances scientifiques nouvelles et les preuves issues des expériences de mise en œuvre aidera à impulser des progrès pour relever les défis encore persistants, notamment la déperdition de patients à travers le continuum des soins du VIH, des lacunes intolérables d'accès encore vécues par les enfants, les populations clés et d'autres groupes.

- *Une nouvelle cible audacieuse souligne que la fin de l'épidémie du sida est envisageable.* Auparavant, les cibles de traitement, tout en reflétant les dernières directives de traitement, étaient comprises comme des étapes intermédiaires dans le long processus d'expansion de l'accès au traitement du VIH dans les pays à ressources limitées. Aujourd'hui, avec une meilleure compréhension du plein potentiel des outils disponibles, les actions doivent être spécifiées pour atteindre la cible ultime de la riposte au sida - mettre fin à l'épidémie du sida en sauvant des vies et en faisant de la transmission du VIH, un événement rare. Saisir avec audace ce défi démontrera au monde entier que la fin de l'épidémie du sida est, à la fois, envisageable et un résultat qui servira, non seulement comme un épilogue à la longue lutte contre le sida, mais aussi comme une source d'inspiration pour des domaines de la santé mondiale et de développement en général.

FAIRE DE LA CIBLE 90-90-90 UNE REALITE POUR TOUTES LES POPULATIONS

L'objectif 90-90-90 est ambitieux – dans tout contexte et pour toute population. Toutefois, pour certains, une action spécifiquement ciblée sera nécessaire pour surmonter les obstacles au passage à l'échelle du

traitement. Cela est particulièrement vrai pour les populations actuellement laissées pour compte par la riposte au sida.

Les Populations clés

En 2014, le *rapport* de l'ONUSIDA sur les écarts a souligné la façon dont de nombreuses populations sont laissées pour compte. Exposés à des risques et une vulnérabilité disproportionnés, les populations clés méritent une réponse prioritaire fondée sur les droits humains. Toutefois, en raison de la persistance de la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale, les membres des populations clés ont un accès inéquitable aux soins et bénéficient de résultats sous-optimaux en matière de santé. Les cibles 90-90-90 ne peuvent pas être atteintes sans surmonter les nombreux facteurs qui sapent les réponses efficaces en faveur des populations clés.

Partout dans le monde, le fardeau de l'épidémie sur les populations clés est généralement plus important que dans l'ensemble de la population adulte. Dans 74 pays rapportant des données pertinentes de prévalence du VIH à l'ONUSIDA en 2014, les personnes qui s'injectent des drogues étaient 28 fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que la population adulte générale. Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans le monde sont 19 fois plus susceptibles de vivre avec VIH que les hommes adultes de la population générale¹⁷, alors que la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe est 13,5 fois plus élevée que chez les femmes dans leur ensemble.¹⁸ Au niveau mondial, la prévalence du VIH parmi les femmes transgenres est 49 fois plus élevée que pour l'ensemble des adultes en âge de procréer.¹⁹

Bien que les populations clés soient plus à risque de contracter le VIH, elles sont souvent les moins susceptibles d'avoir accès aux services de dépistage du VIH. Par exemple, dans de nombreux pays, le dépistage du VIH et l'accès au traitement sont sensiblement plus faibles pour les personnes qui s'injectent des drogues que pour les autres personnes vivant avec le VIH.²⁰ Une enquête mondiale a révélé que seulement 14% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant dans les pays à faible revenu ont déclaré avoir réellement accès aux services de traitement du VIH.²¹

La stigmatisation et la discrimination, dans l'environnement social global, mais surtout dans les établissements de soins de santé, dissuadent de nombreux membres des populations clés à découvrir leur statut sérologique ou à accéder aux services vitaux de prévention et de traitement.

Les enquêtes basées sur l'Index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH indiquent que les membres des populations clés ressentent souvent le déni, le rejet et ont accès à des services de qualité

moindres dans les établissements de soins de santé. Les personnes transgenres sont souvent confrontées à des attitudes hostiles, à des jugements méprisants et au rejet quand elles tentent d'accéder aux services de santé.²² A Bangkok, 25% des usagers de drogues interrogés ont déclaré éviter les soins de santé en raison de la crainte d'un traitement obligatoire.²³ De même, l'enquête mondiale au sein des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mentionnée ci-dessus, montre que l'expérience de l'homophobie était le facteur le plus important qui réduit l'utilisation des soins de santé par cette population.²¹

L'exclusion des populations clés est souvent institutionnalisée dans les lois nationales et les cadres politiques. Le travail du sexe et la consommation de drogues sont systématiquement criminalisés dans le monde entier, et sont combinés avec la détention obligatoire, pratique qui reste courante dans de nombreux pays ; 78 pays criminalisent les rapports sexuels entre les personnes de mêmes sexes ; et les personnes transgenres luttent systématiquement pour obtenir la reconnaissance juridique de leur identité de genre ou leur protection contre la violence et la discrimination en matière d'emploi.¹⁶

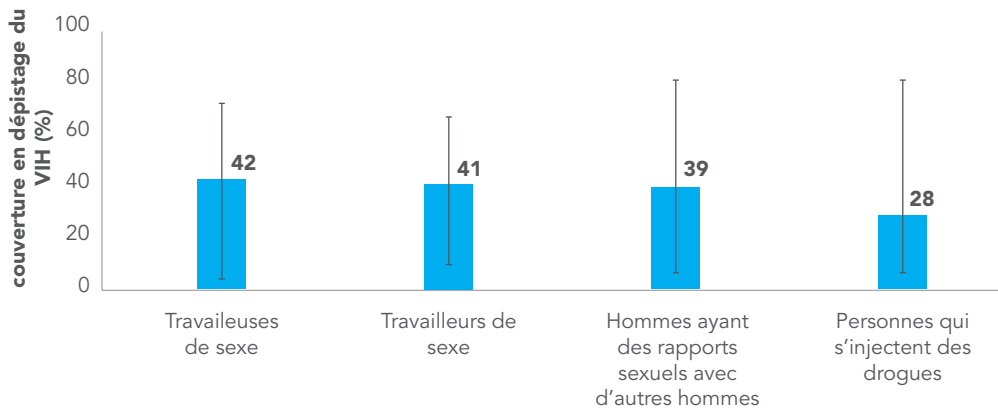
Les effets néfastes de ces cadres politiques discriminatoires sont évidents. Dans les pays avec de graves épidémies principalement causées par l'injection de drogues, l'interdiction de la thérapie de substitution aux opiacés nuisent souvent à la capacité de répondre efficacement au VIH. De même, la promulgation d'une loi « anti gay » peut déclencher des abus et des violences de grande échelle contre les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, un climat qui est fondamentalement incompatible avec l'autonomisation des communautés, des services ayant une solide capacité d'absorption et le développement d'une relation de confiance et de respect mutuels entre les individus et leurs prestataires de soins de santé.

La combinaison de lois coercitives avec le mauvais état de santé des populations clés est clairement évidente en Asie et dans le Pacifique. Dans cette région, 37 pays criminalisent certains aspects du travail du sexe ; 11 ont des centres de détention obligatoire pour les personnes qui utilisent des drogues ; 16 prévoient la peine de mort pour les infractions liées à la drogue ; et 19 criminalisent les relations homosexuelles. Dans une région où l'épidémie est concentrée parmi les populations clés, ces approches punitives s'accompagnent de résultats notablement moins bons pour les groupes les plus lourdement affectés. Moins de la moitié des personnes vivant avec le VIH parmi les populations clés de la région connaissent leur statut sérologique (Fig. 9).

Fig. 9

ASIE PACIFIQUE : MOINS DE LA MOITIÉ DES POPULATIONS CLÉS CONNAISSENT LEURS STATUS SÉROLOGIQUES

La couverture du dépistage du VIH chez les populations clés, médian régional, 2007–2012



Source: Rapport de progress des pays à l'ONUSIDA, 2007-2012.

La levée des lois et des politiques qui entravent les efforts de dépistage et de traitement en faveur des populations clés est essentielle pour atteindre l'objectif 90-90-90. Une analyse récente faite par une équipe de spécialistes de santé a déterminé que la décriminalisation du travail du sexe permettrait de réduire de 33 à 46% le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les travailleurs du sexe au cours de la prochaine décennie.²⁴

Dans de nombreuses régions du monde, il ne sera pas possible d'atteindre l'objectif 90-90-90 pour les populations clés uniquement en recherchant à intégrer les systèmes de services. Des approches et des stratégies adaptées, développées en collaboration avec les populations clés, seront nécessaires pour atteindre les objectifs de traitement pour les populations les plus durement touchées par l'épidémie. Des investissements dans les infrastructures communautaires seront également nécessaires.

Adolescents

Bien que le nombre annuel de décès liés au sida ait chuté dans le monde de 35% entre 2005 et 2013, les décès chez les adolescents (10-19 ans) vivant avec le VIH ont fortement augmenté, de 50% de 2005 à 2012. À l'ère de la thérapie antirétrovirale, le SIDA reste la deuxième cause de décès chez les adolescents au niveau mondial et la principale cause de décès chez les adolescents en Afrique subsaharienne.²⁵

Comme l'a montré une consultation mondiale organisée par l'ONUSIDA sur le défi du traitement de l'adolescent, les adolescents vivant avec le VIH sont

confrontés à de nombreux obstacles d'accès à un véritable traitement et à des résultats de santé favorables. Ces défis comprennent la stigmatisation, la discrimination et les lois et politiques problématiques, notamment les lois sur le consentement des parents qui limitent la capacité des jeunes à l'accès par eux-mêmes aux tests VIH et à d'autres services de soins de santé. Tout comme les adultes et les jeunes enfants, les adolescents ont souvent des difficultés pour entrer dans les soins de santé et y rester, avec des défis spécifiques liés à la transition entre les soins pédiatriques et les services pour les adultes. Les jeunes n'ont pas souvent accès à l'éducation sexuelle et ont des informations limitées sur la santé et les droits sexuels et reproductifs. La plupart des adolescents vivant avec le VIH ont du mal à communiquer sur leur statut sérologique, en partie parce qu'ils se sentent souvent livrés à eux-mêmes pour gérer les complexités liées au fait de vivre avec le VIH en tant que jeune.

La consultation mondiale sur l'accès de l'adolescent au traitement a fait de nombreuses recommandations pour l'action, en rapport avec les nouvelles cibles de traitement. Il s'agit notamment d'améliorer la collecte et l'inscription dans les rapports de données désagrégées par âge, ainsi que le développement de stratégies robustes de surveillance pour suivre les tendances et les résultats chez les enfants et les adolescents. Il a été convenu qu'un nouveau mouvement serait nécessaire pour répondre aux besoins de traitement du VIH des jeunes, notamment les efforts pour engager les acteurs de la jeunesse en tant que leaders du traitement du VIH. La consultation a également recommandé des mesures spécifiques

pour accroître le dépistage du VIH en faveur des jeunes, élargir les options de traitement pour les adolescents, adapter les services de santé aux besoins des adolescents, mobiliser le soutien social et autonomiser les jeunes.

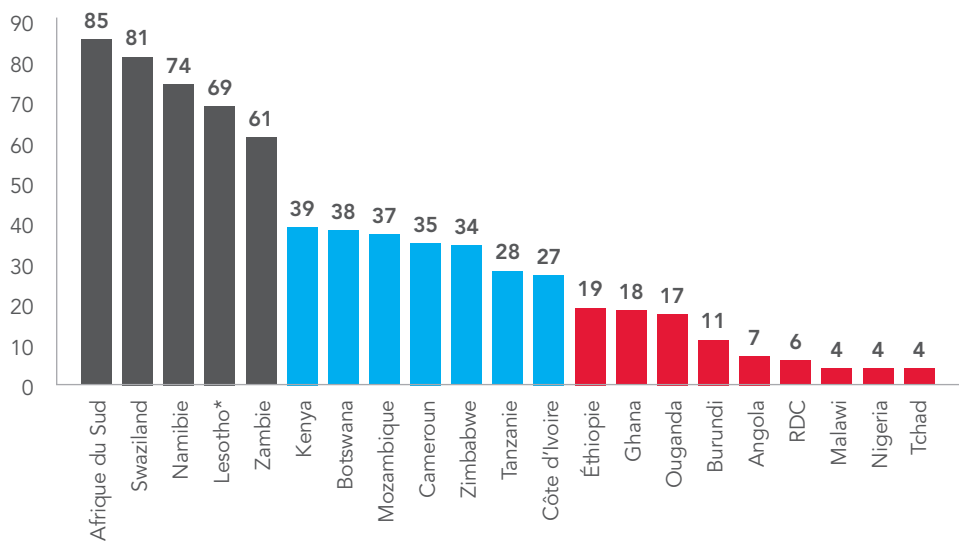
Enfants

En Juin 2014, l'ONUSIDA, l'OMS, la Fondation Elizabeth Glaser Pediatric AIDS (EGPAF) et l'UNICEF ont organisé une consultation mondiale pour discuter de cibles opérationnelles de traitement pour les enfants dans l'après 2015. Bien que des avancées

historiques ont été réalisés pour prévenir l'infection par le VIH des enfants, la crise de traitement chez les enfants ne disparaîtra pas, car les enfants nouvellement infectés (240 000 seulement en 2013) doivent vivre 15 années avant de passer à l'âge adulte - si bien sûr, ils survivent durant leurs premières années de vie. Sans traitement, la moitié des enfants vivant avec le VIH mourront avant l'âge de deux ans.²⁶ Même avec la poursuite des progrès dans la prévention de la transmission mère-enfant, l'OMS et l'UNICEF estiment que 1,9 millions d'enfants auront besoin du traitement du VIH en 2020.

Fig. 10

ACCESS AU DEPISTAGE VIROLOGIQUE DU VIH (DIAGNOSTIQUE PRECOCE DE L'ENFANT) 2012



*Données du Lesotho représentant des données de couverture de 2011

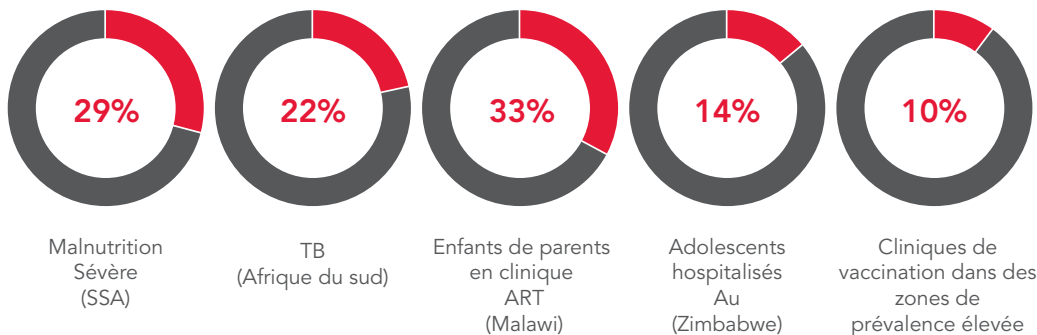
Source: GARPR ONUSIDA 2013 et modelisation ONUSIDA (Spectrum) VIH et estimations sida 2012.

Avec un pic de mortalité se situant à l'âge de 2-3 mois pour les nouveau-nés qui contractent l'infection du VIH, le diagnostic précoce est essentiel. Cependant, seulement 40% des enfants nés de mères vivant avec le VIH ont reçu des tests de diagnostic précoce des

nourrissons dans 21 pays prioritaires en 2012 (Fig. 10). Dans cinq pays prioritaires (l'Angola, le Tchad, la République Démocratique du Congo, le Malawi et le Nigéria), moins d'un enfant sur 10 exposés au VIH a obtenu des services de diagnostic précoce pour enfant.

Fig. 11

ALLER A LA RECHERCHE DES ENFANTS: OPPORTUNITES POTENTIELLES POUR OFFRIR LE DEPISTAGE DU VIH



Sources: Fergusson et al., 2008; Hesselting et al. 2009; Ferrand et al. 2010; Cohen et al. 2010.

Pour les enfants nés de mères vivant avec le VIH qui ne sont pas effectivement en lien direct avec des services de dépistage grâce à des systèmes de prévention de la transmission mère-enfant, le dépistage du VIH n'est pas systématiquement proposé dans les programmes axés sur les enfants. Cet échec représente une occasion manquée importante, car il y a souvent une très forte prévalence chez les enfants ayant des besoins pris en charge par d'autres systèmes de services (Fig. 11). Par exemple, 29% des enfants souffrant de malnutrition en Afrique subsaharienne vivent avec le VIH, ce qui fait des services de nutrition un lieu idéal pour le dépistage et pour le lien aux soins.²⁷ De même, 22% des enfants atteints de tuberculose en Afrique du Sud vivent avec le VIH²⁸, ce qui montre la nécessité d'utiliser les systèmes de services de lutte contre la tuberculose pour promouvoir le dépistage du VIH chez les enfants.

Pour les enfants qui reçoivent un diagnostic précoce de l'infection au VIH, un nombre limité d'options de traitement est disponible. La plupart des médicaments antirétroviraux approuvés pour une utilisation chez les adultes ne le sont pas pour une utilisation chez les enfants.²⁹ Les quelques médicaments disponibles pour une utilisation chez les très jeunes enfants ont tendance à être désagréables et nécessitent des régimes plus compliqués que ceux des adultes. Il y a un besoin urgent de combinaisons à dose fixe spécifiquement pédiatriques qui réduisent le fardeau de la médication et aident à améliorer l'observance du traitement. Pour les enfants qui sont inscrits dans les services de traitement du VIH, il y a un nombre considérable de perdus de vue, ce qui souligne l'importance

d'interventions permettant la rétention dans les structures de soins.³⁰

L'OMS est en pointe dans la coordination des efforts mondiaux pour optimiser le traitement du VIH pour les enfants. En collaboration avec ses partenaires, l'OMS a identifié les priorités majeures de recherche et de développement, y compris le développement de combinaisons à dose fixe adaptées à l'âge des enfants et le développement prioritaire des combinaisons à dose fixe qui incluent de nouveaux médicaments antirétroviraux, particulièrement prometteurs, comme le dolutégravir ou TAF.³¹ Pour soutenir l'optimisation du traitement, l'OMS recommande des mesures supplémentaires, y compris l'amélioration de la prévision de la demande et le partage des brevets pour améliorer l'accessibilité des médicaments pédiatriques.

Reconnaissant la nécessité urgente de porter davantage l'attention sur les besoins en matière de traitement du VIH de l'enfant, les parties prenantes à la consultation mondiale ont approuvé avec enthousiasme l'approche 90-90-90 pour les enfants, y compris la confirmation de l'objectif actuel d'assurer le dépistage et le traitement à temps de 100% de l'ensemble des nouveau-nés exposés au VIH. La consultation a exhorté les parties prenantes à impulser l'élan vers l'atteinte de l'objectif 90-90-90 en faveur des enfants en renforçant et en s'appuyant sur les initiatives de lutte contre le VIH existantes, notamment le Plan mondial pour l'élimination de nouvelles infections causées par le VIH chez les enfants d'ici à 2015 et maintenir leurs mères en vie, le groupe de travail inter-agence pour le plan mondial et l'initiative Double dividende impliquant EGPAF, l'UNICEF et l'OMS.

90-90-90 PEUT SE REALISER: LES BASES POUR DE NOUVELLES CIBLES REALISABLES

Un comité consultatif de l'ONUSIDA composé d'experts mondiaux en matière de traitement a, à l'origine, conceptualisé les cibles 90-90-90. Ces experts ont fondé leurs cibles sur des réalisations documentées de programmes régionaux et nationaux dans diverses régions du monde.

Au niveau national, un nombre croissant de pays sont

soit sur la bonne voie pour atteindre l'objectif 90-90-90 soit ont approché, atteint ou dépassé un ou plusieurs des éléments de la cible. Ce dont on a actuellement besoin, c'est de relier les leçons apprises à travers chaque cascade de traitement et à chacune des étapes de celle-ci et de transférer les leçons apprises dans les pays et les programmes performants vers ceux qui sont à la traîne.

ATTEINDRE LA CIBLE 1:

90% de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique (90% diagnostiquées)

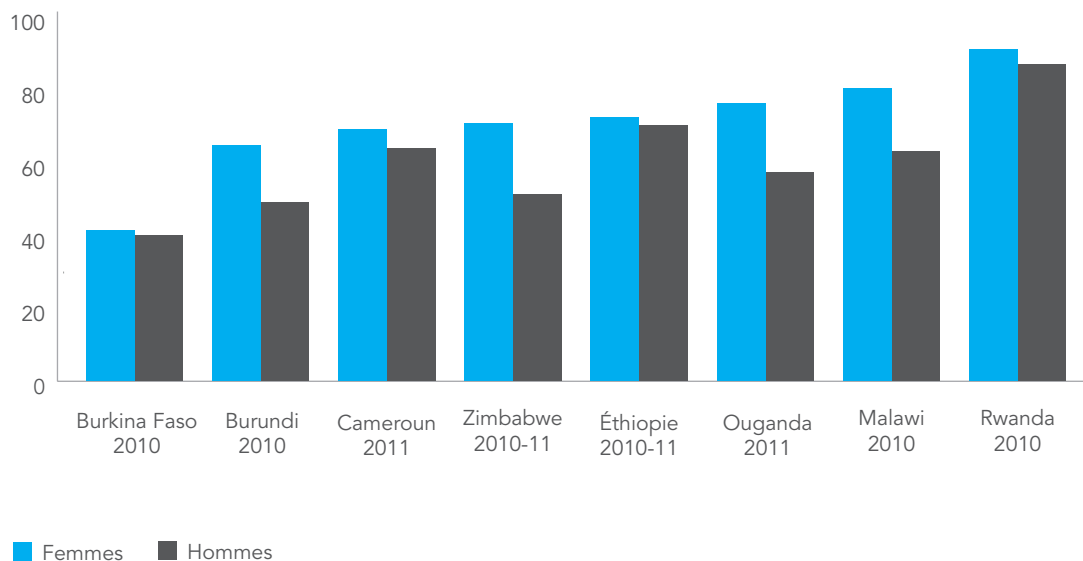
Plusieurs pays africains s'approchent ou sont tout près d'avoir au moins 90% des personnes vivant avec le VIH testé au moins une fois (Fig. 12). Bien que ces chiffres représentent une amélioration importante par rapport aux années antérieures, on estime que seules 45% des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne connaissent leur statut. L'écart entre les résultats actuels et la cible de 90% souligne la nécessité de réaliser des tests plus fréquents et mieux ciblés, le ciblage stratégique des services de dépistage pour assurer une connaissance du statut sérologique à 90% de manière continue, y compris chez les adolescents, les populations clés et d'autres groupes qui sont actuellement à la traîne.

Pour augmenter sensiblement le nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique, il faudra aller au-delà d'une approche passive du dépistage qui s'appuie sur les individus reconnaissant leurs propres risques

et venant s'adresser de leur propre chef aux services de dépistage pour connaître leur statut, souvent dépourvus de connaissances ou de soutien significatif. Des initiatives de dépistage basées sur les droits humains et plus proactives seront nécessaires, notamment la promotion du dépistage dans des points chauds géographiques et auprès des populations clés, les investissements dans des stratégies pour accroître la demande de services de dépistage et l'utilisation d'un large éventail d'approches de soutien et de dépistage du VIH, y compris l'autotest, le dépistage et les conseils à l'initiative du prestataire et des approches communautaires. Les études menées au Kenya et en Ouganda montrent que l'inclusion du dépistage du VIH dans les campagnes de santé visant plusieurs maladies a accru les taux de couverture du dépistage à 86% et 72%, respectivement, au niveau de la population ; pour que de telles campagnes soient efficaces, de vastes consultations communautaires, une solide logistique et un marketing efficace sont essentiels.³²

Fig. 12

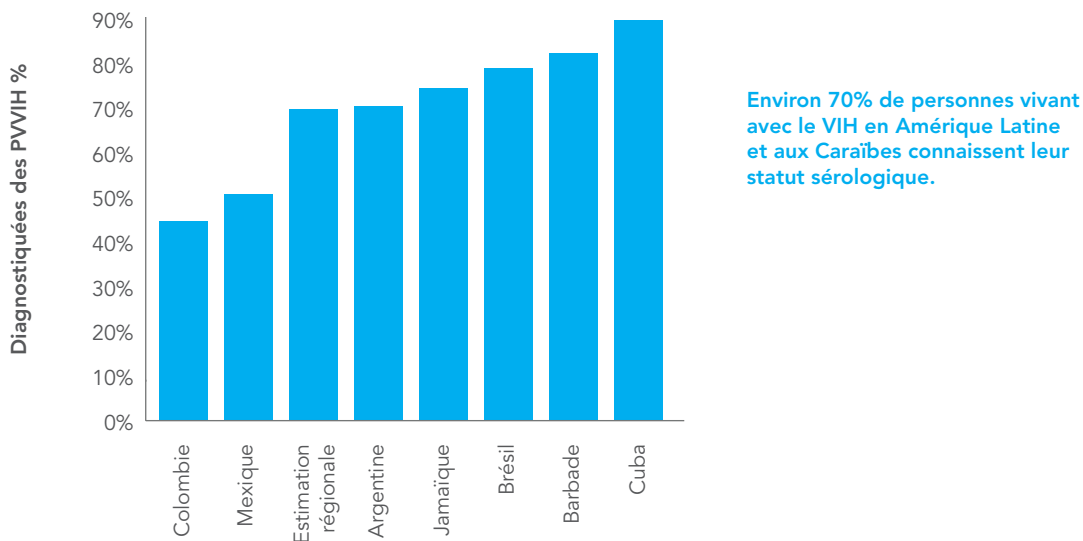
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH DEPISTÉES AU MOINS UNE FOIS



Source: Staveteig et al., 2013. Demographic Patterns of HIV Testing Uptake in Sub-Saharan Africa. DHS Comparative Reports No. 30. ICF International.

Fig. 13

NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH QUI CONNAISSAIENT LEUR STATUT, AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES



Source: données des ministères de la santé 2012-2013. Le numérateur est la base des données de surveillance du VIH à partir de cas et le nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH et encore en vie. Le dénominateur est le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH. La valeur régionale de la couverture est la moyenne pondérée de ces sept pays.

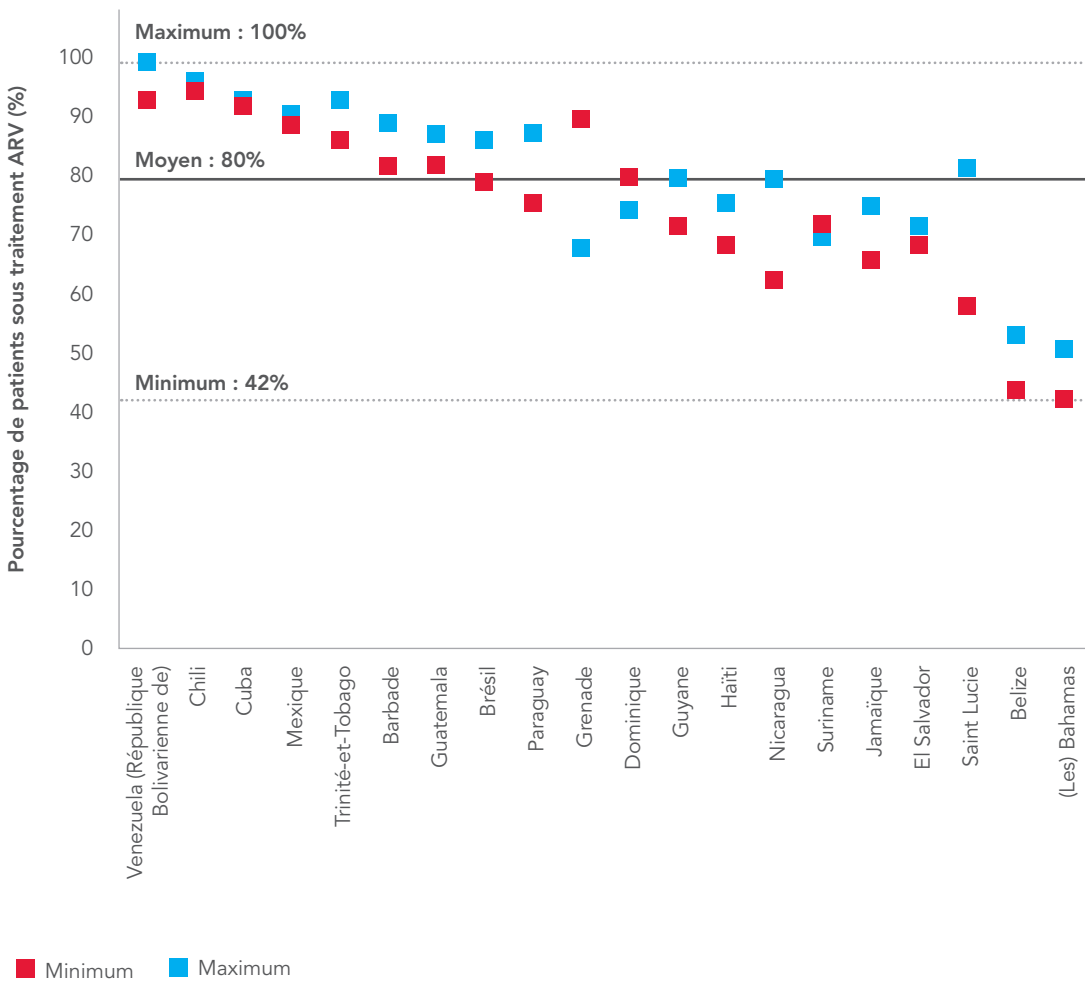
En dehors de l'Afrique subsaharienne, de nombreux pays semblent déjà être sur la bonne voie pour atteindre la cible de 90% de connaissance du statut sérologique d'ici à 2020. A la Barbade, plus de 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, tandis qu'au moins 80% des personnes vivant avec le VIH au Brésil sont conscients de leur infection.³³ Pour l'Amérique latine et les Caraïbes dans son ensemble, on estime que 70% de toutes les personnes vivant avec le VIH ont été diagnostiquées (Fig. 13). Dans toute la région, abritant 1,75 millions de personnes vivant avec le VIH, les tendances actuelles montrent qu'il est tout à fait possible de faire en sorte que 90%

de toutes les personnes vivant avec le VIH soient diagnostiquées d'ici à 2020 de manière conforme aux principes des droits humains.

Des preuves tout aussi encourageantes existent en Asie, où, dans certaines zones, la cible de 90% est à portée de main; au Viet Nam en 2012, par exemple, environ 79% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique.³⁴ Aux États-Unis, où les taux insuffisants de connaissance du statut sérologique ont longtemps représenté un défi dans la riposte nationale au SIDA, on estime que 86% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH savent maintenant qu'ils vivent avec le VIH.³⁵

Fig. 14

12 ET 24 MOIS DE RETENTION POUR TRAITEMENT EN AMERIQUE LATINE ET AUX CARAIBES, 2013



Source: UNAIDS GARPR 2013 and WHO, Country universal access reports 2014.

ATTEINDRE LA CIBLE 2 :

90% de l'ensemble des personnes infectées par le VIH diagnostiquées reçoivent un traitement antirétroviral durable (90% sous traitement contre le VIH)

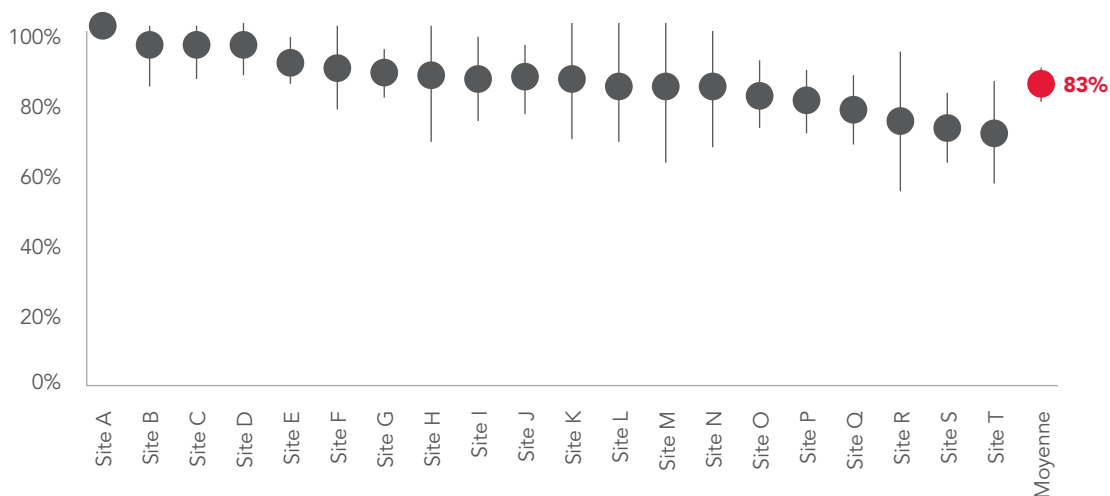
Des taux élevés de couverture en traitement ont été atteints à l'échelle régionale et nationale dans de multiples contextes, les plaçant dans la bonne cadence pour atteindre le deuxième pilier de la cible 90-90-90 si les progrès se poursuivent. Dans des pays aussi divers que le Botswana et la Colombie, plus de 70% des personnes dépistées positives, reçoivent actuellement un traitement antirétroviral. Au Brésil, plus de 60% des personnes diagnostiquées vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral en 2013.³⁶

Une action stratégique sera nécessaire pour atteindre et maintenir une couverture élevée de traitement. Les pays devront aligner les directives nationales de traitement sur les données factuelles documentant les avantages évidents de l'initiation précoce du traitement et assurer l'utilisation de schémas optimisés

préférentiels. Recommander une thérapie antirétrovirale à toutes les personnes infectées par le VIH dépistées, sans l'exigence préalable d'un test CD4, permettra d'améliorer l'utilisation du traitement en réduisant les pertes de vue. Pour atteindre et maintenir des niveaux élevés de couverture du traitement, les pays devront veiller à ce que le traitement et la prise en charge du VIH, notamment le dépistage et d'autres éléments liés au traitement, soient gratuits pour les individus. Les pays devront également résoudre les problèmes liés à la mise en œuvre qui ont souvent ralenti le passage à l'échelle, notamment les ruptures fréquentes de stocks de médicaments, les obstacles à l'approvisionnement en médicaments et produits de diagnostic abordables au prix optimal ainsi que la disponibilité insuffisante des régimes thérapeutiques de deuxième et de troisième ligne.

Fig. 15

POURCENTAGE (95% CI) DE PATIENTS AYANT UNE CHARGE VIRALE NON DETECTABLE DANS UN ECHANTILLON NATIONAL REPRESENTATIF D'ADULTES INFECTES PAR LE VIH ET SOUS TRAITEMENT ARV AU RWANDA

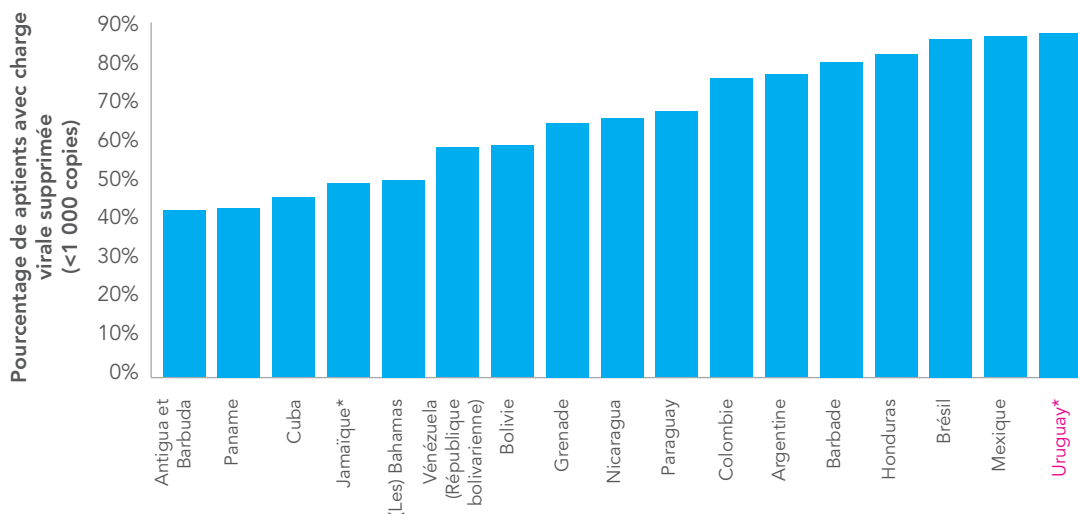


Source : Basinga P et al. (2013) PLoS

Fig. 16

NOMBRE DE PERSONNES SOUS TARV AVEC UNE SUPPRESSION VIRALE EN AMERIQUE LATINE ET DANS LES CARAIBES, 2013

Données provenant de 17 pays représentant 400 000 patients de la région en 2013



Source: OMS, Rapports nationaux d'accès universel 2014 (données non publiées).

* Uruguay: le chiffre ne représente que 35% des patients sous ARV, les données Jamaïque à partir de 2012.

ATTEINDRE LA CIBLE 3 :

90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale supprimée (90% supprimée)

Les pays et les programmes ont également réussi à atteindre des niveaux élevés de suppression virale, ce qui démontre la faisabilité de la cible de 90% de suppression virale chez les personnes sous traitement antirétroviral d'ici à 2020. A l'échelle nationale au Rwanda; par exemple, 83% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont vu leur charge virale supprimée après 18 mois de traitement en 2008-2009 (Fig. 15).³⁷

L'expérience montre que les taux élevés de suppression virale sont réalisables non seulement dans les pays et provinces, mais également dans des régions entières. Selon les données provenant de 17 pays d'Amérique latine et des Caraïbes, le taux médian de suppression virale chez les bénéficiaires du traitement du VIH est de 66%, avec plus de 80% des personnes recevant un traitement antirétroviral qui ont atteint une suppression virale dans au moins cinq pays (Barbade, Brésil, le Honduras, le Mexique et l'Uruguay) (fig. 16).

Ces taux impressionnants de suppression virale sont encourageants. Cependant, ils ne tiennent pas compte de la mortalité liée au sida ou des perdus de vue, soulignant la nécessité indispensable de redoubler d'efforts pour assurer la rétention à long terme dans les

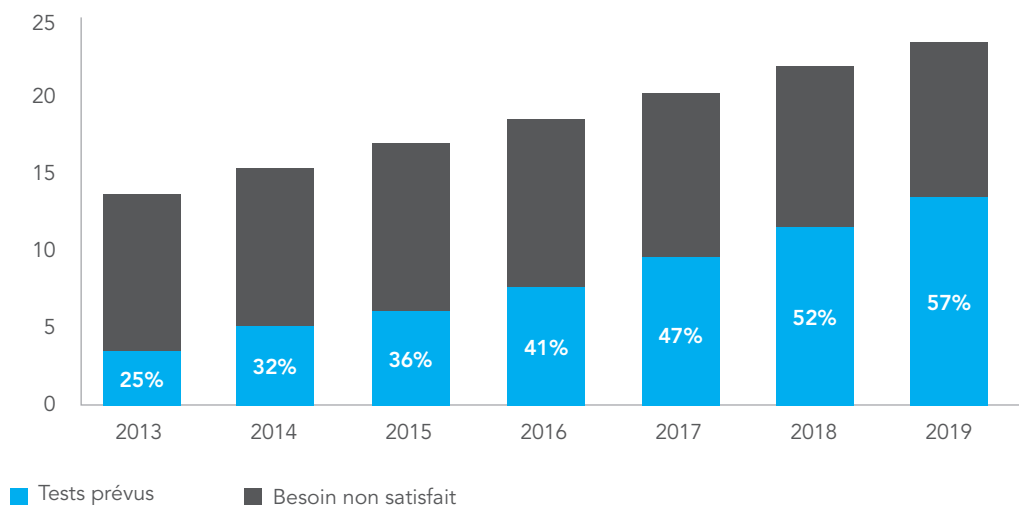
soins de ceux qui sont sous traitement contre le VIH. Conformément à une approche en cascade dans la détermination des cibles de traitement, la troisième cible nécessite l'utilisation durable du traitement du VIH et un suivi virologique continu pour vérifier la réussite du traitement et intervenir pour soutenir l'observance du traitement et réintégrer ceux qui échappent aux soins. Bien que la rétention dans les soins reste un défi important, les pays ont déjà démontré la possibilité d'atteindre des taux de rétention élevés. Pour l'Amérique latine et les Caraïbes en général, par exemple, la médiane de rétention après 24 mois était de 83% en 2013 (Fig. 14).

L'opérationnalisation de la troisième composante de la nouvelle cible de traitement, nécessitera des efforts concertés pour améliorer l'accès aux technologies de dépistage de la charge virale. Pour atteindre la cible 90-90-90 et ainsi jeter les bases pour mettre fin à l'épidémie du SIDA, chaque personne commençant un traitement anti-VIH devra avoir accès à des tests de charge virale. Le suivi de la charge virale est essentiel pour l'optimisation du traitement du VIH, et toute personne vivant avec le VIH a le droit de connaître sa charge virale.

Fig. 17

CHARGE VIRALE PROJETEE: LA MISE A L'ECHELLE DU DEPISTAGE NE REPONDRA PAS AUX BESOINS

Ce scénario suppose des taux attendus de charge virale mise à l'échelle en fonction des taux d'adoption d'essai observés auparavant



Source: charge virale du VIH Prévisions: Pays-Bas et à revenu intermédiaire. Clinton Health Access Initiative, 2014

Remarque : Cette projection prévoit l'accès au test de dépistage de la charge virale, en comparant les volumes de tests anticipés à l'ensemble des besoins dans 21 pays durement touchés. Afin d'estimer le taux de couverture, une analyse ascendante des capacités de dépistage et les plans d'intensification actuels a été menée, pays par pays. Les hypothèses sur l'intensification du traitement ont été formulées à l'aide des guides nationaux disponibles et des plans de mise œuvre de l'évaluation de la charge virale. Les taux de croissance dépendent des volumes historiques de l'intensification du diagnostic précoce chez les enfants et de la charge virale à travers les pays. Le besoin non satisfait est défini en fonction du nombre total des patients censés bénéficier du suivi du traitement antirétroviral dans un pays et du guide national.

En plus de l'optimisation des résultats du traitement, la charge virale peut également aider à réduire les coûts de traitement. Si les tests de charge virale ne sont pas disponibles, les cliniciens ne sont pas en mesure d'identifier l'échec thérapeutique de manière précoce et d'intervenir pour soutenir les patients qui ont des difficultés d'observance des traitements prescrits. En conséquence, les personnes dont les schémas de première ligne moins coûteux, pourraient être préservés avec des interventions efficaces de soutien à l'observance peuvent être prématurément passées à des schémas plus coûteux de deuxième et de troisième ligne.

Malheureusement, les projections de la Clinton Health Access Initiative indiquent qu'il est peu probable que le rythme actuel de passage à échelle des équipements et intrants de mesure de la charge virale puisse satisfaire la demande future (Fig. 17). Il y a en cours, un développement actif d'équipements de mesure de la charge virale de type « Point-of-care » qui pourrait aider à accélérer l'accès aux outils de diagnostic et

améliorer les résultats à travers la cascade du traitement. Assurer l'accès universel à des tests de charge virale dans tous les milieux aussi bien urbains que ruraux, nécessitera probablement une combinaison de laboratoires centralisés et d'outils de « point de soins ».

En Juin 2014, l'ONUSIDA, l'OMS, la Société africaine de médecine de laboratoire et les Centres Américains de contrôle et de prévention des maladies ont conjointement organisé une consultation mondiale sur le rôle de la médecine de laboratoire dans la réalisation de la cible 90-90-90. Plus de 130 spécialistes du monde entier ont adhéré à un appel lancé par les Centres Américains de Surveillance et de Prévention des Maladies à explorer une initiative mondiale d'accès aux tests diagnostics pour mettre en place une capacité solide de laboratoire qui sera nécessaire pour atteindre les objectifs mondiaux de traitement. Cette nouvelle initiative a été lancée lors de la Conférence internationale sur le SIDA à Melbourne en Juillet.

ATTEINDRE LA CIBLE 90-90-90: IMPACT ATTENDU

Pour estimer en 2030 l'impact d'une riposte mise à l'échelle, l'ONUSIDA a chargé une équipe de spécialistes en modélisation de la santé reconnus à l'échelle mondiale de réaliser des prévisions sur les conséquences sanitaires et économiques des nouvelles cibles ambitieuses. L'équipe de modélisation s'est appuyée sur la littérature scientifique publiée sur l'efficacité des interventions, en tenant plus particulièrement compte des effets d'interventions documentés dans 56 études publiées.

Reconnaissant l'importance d'une réponse globale, le travail de modélisation comprenait non seulement l'ambitieuse cible de traitement 90-90-90, mais aussi des objectifs visionnaires de prévention du VIH. En ce qui concerne, la cascade de traitement, le modèle suppose la réalisation de la cible 90-90-90 d'ici à 2020, avec des taux de couverture antirétrovirale et de suppression virale en hausse de 95% d'ici à 2030.

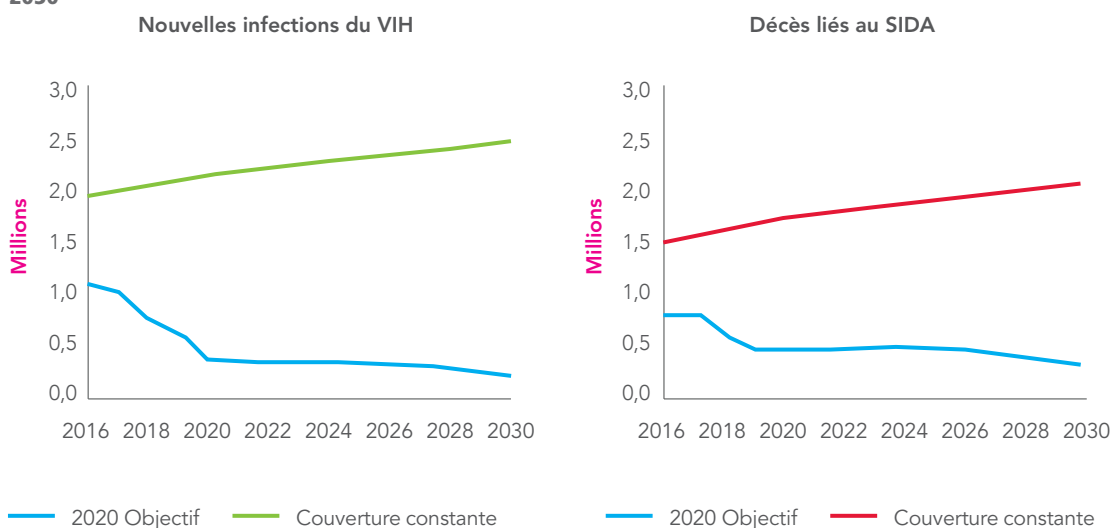
Les cibles de prévention du modèle variaient selon l'intervention, mais demeuraient toutes ambitieuses. On a également supposé que l'adoption du traitement et les résultats programmatiques seront renforcés par la mise à l'échelle de la mobilisation communautaire et autres facilitateurs critiques.

Le modèle a révélé que la réalisation de ces cibles ambitieuses, y compris la mise à l'échelle du traitement rapide d'ici à 2020, mettrait fin à l'épidémie du SIDA en tant que menace majeure de la santé mondiale d'ici à 2030 (Fig. 18). L'atteinte de la cible 90-90-90, lorsque celle-ci est complétée par la mise à l'échelle des autres outils de prévention, permettrait de réduire le nombre annuel de nouvelles infections dues au VIH de près de 90% d'ici à 2030. Le nombre de décès liés au SIDA diminuerait de 80% d'ici à 2030 avec la réalisation de ces nouvelles cibles de l'après 2015 basées sur les technologies disponibles de dépistage et de traitement, avec l'espoir que l'émergence probable et l'adoption des innovations médicales supplémentaires (tels que des outils de dépistage améliorés et des antirétroviraux à action prolongée) assureront au moins une réduction de 90% des décès liés au SIDA d'ici à 2030.

Pour l'incidence du VIH, tout comme pour les décès liés au SIDA, la mise à l'échelle rapide envisagée se traduirait par de fortes baisses entre maintenant et 2020, avec des réductions continues qui se produiraient dans la décennie suivante du fait que la dynamique de l'épidémie diminue progressivement.

Fig. 18

IMPACT DE LA CIBLE 90-90-90 SUR LES INFECTIONS DUES AU VIH ET LES DECES LIES AU SIDA, 2016-2030



Source : Rapport de 2014 sur les écarts de l'ONUSIDA.

VERS LA REALISATION DE LA CIBLE 90-90-90: PRINCIPAUX DEFIS A RELEVER

Les pays dans lesquels des progrès accomplis vers la cible 90-90-90 ont été les plus marqués ont trouvé des moyens pour surmonter les difficultés qui ralentissent la mise à l'échelle du traitement du VIH et qui contrent les résultats du traitement. L'extension de ces succès à travers le monde exigera l'application des meilleures pratiques et des leçons tirées de zones de très haute performance ainsi que d'approches adaptées pour relever les défis uniques qui existent au sein de divers milieux et populations.

Se rattraper dans les milieux où la couverture des services est faible

Malgré les progrès historiques qui ont été réalisés pour élargir l'accès au traitement contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire au cours de la dernière décennie, la couverture de traitement reste extrêmement faible dans certains pays. Dans 19 pays, la couverture du traitement du VIH était inférieure à 20% en 2013, avec notamment huit pays où la couverture du traitement du VIH est inférieure à 10%.

D'énormes déficits dans la couverture de traitement persistent dans plusieurs pays avec des fardeaux considérables de VIH. Au Nigéria, pays abritant 3,2 millions de personnes vivant avec le VIH, la couverture du traitement des adultes n'était que de 21% en 2013 ; au Tchad, en République démocratique du Congo et au Soudan du Sud - avec 210 000, 440 000 et 150 000 personnes vivant avec le VIH - la couverture du traitement des adultes est de 24%, 20% et 5%, respectivement.

Si les expériences à ce jour indiquent que la cible 90-90-90 est réalisable dans de nombreux pays, des efforts intenses et très ciblés seront nécessaires pour débloquer la situation dans les pays où un nombre réduit de personnes ont actuellement accès au traitement du VIH. En réponse à l'appel lancé par MSF pour « des plans de rattrapage » adaptés et graduels en faveur des pays où les progrès accusent un retard, l'ONUSIDA s'est engagé à mener des efforts pour aider les partenaires nationaux à élaborer des plans d'accélération de traitement dans les 15 pays qui, ensemble, représentent 75% de nouvelles infections par le VIH, ainsi que dans d'autres pays dont le fardeau

du VIH demeure lourd. Ces plans comprendront des cibles annuelles de progrès pour la mise à l'échelle du traitement et la suppression virale; des mesures par étape ciblées pour relever les défis de mise en œuvre politique, logistique, financière et autres; et la clarification des rôles et des responsabilités entre les parties prenantes clés.

Défis sociétaux

La stigmatisation et la discrimination continuent de saper les réponses efficaces. Par exemple, dans une étude sur des enfants infectés par le VIH qui sont perdus de vue au Malawi, 30% des soignants ont mentionné la crainte de la désapprobation au sein des familles ou des communautés comme étant la raison pour laquelle leurs enfants ne sont plus engagés dans les soins.³⁸

Les lois coercitives reflètent et renforcent les attitudes de stigmatisation et de nature discriminatoire à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des populations clés. En 2014, 61 pays avaient adopté des lois criminalisant l'exposition, la transmission ou la non-divulgence du VIH, avec des poursuites contre les personnes vivant avec le VIH ayant eu lieu dans 49 autres pays. Les lois coercitives ciblant les populations clés, rendent plus difficile le contrôle de l'épidémie parmi celles-ci : Les décideurs n'ayant pas l'information stratégique qui pourrait les convaincre de mettre en en place de manière prioritaire des services de dépistage et de traitement en faveur des populations clés, celles-ci continuent d'être négligées. Pour atteindre la cible 90-90-90, les cadres coercitifs doivent être abrogés et remplacés par des réponses nationales qui reconnaissent les personnes vivant avec le VIH et les membres des populations clés en tant que partenaires essentiels dans le développement et la mise en œuvre de programmes et de politiques fondés sur les droits.

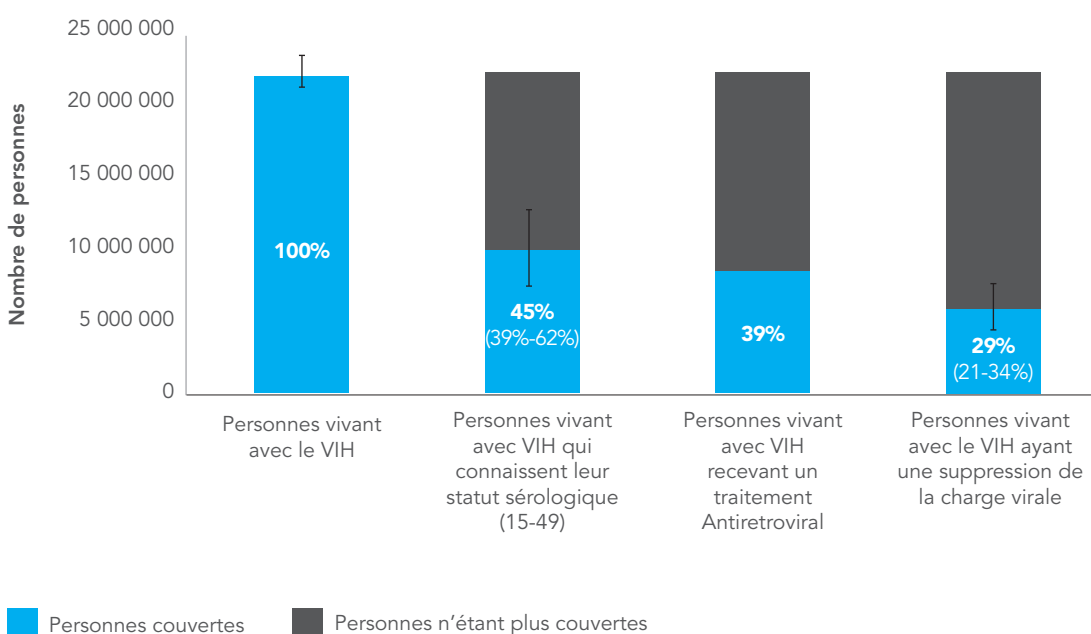
Au niveau sociétal - soit globalement défini pour les pays à forte prévalence soit au niveau de la population pour les populations clés - la connaissance du statut sérologique en tant que norme sociale fondamentale est encore à créer. Tout en travaillant à tirer parti de chaque stratégie disponible - des campagnes de

dépistage axées sur la communauté, la mise en œuvre intégrale de conseil et de dépistage du VIH à l'initiative du prestataire, le marketing social, l'auto-test et autres - des efforts particuliers sont nécessaires pour éduquer les communautés sur l'impératif du

dépistage du VIH. Pour le dépistage du VIH, tout comme pour tous les autres éléments de la cible 90-90-90, une approche fondée sur les droits humains qui rejette la coercition et la stigmatisation est essentielle à la réussite.

Fig. 19

CASCADE ABREGEE DE TRAITEMENT DU VIH POUR LES ADULTES DANS LES PAYS D'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE AGES DE 15 ANS OU PLUS, 2013



Sources :

ONUSIDA 2013 des estimations.

Enquêtes démographiques et sanitaires, 2007-2012 et Shisana, O, Rehle, T, Simbayi LC, Zuma, K, Jooste, S, N Zungu, Labadarios, D, Onoya, D et al. (2014) Enquête nationale de prévalence du VIH, incidence et comportement en Afrique du Sud, 2012 Cape Town, HSRC Press. 45% est le point médian entre les limites inférieure et supérieure. La limite basse (33%) est le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui sont très susceptibles de connaître leur statut (testé positif à l'enquête et rapport reçu les résultats d'un test VIH au cours des douze mois précédents). La limite haute (57%) est calculée comme étant le pourcentage de ceux qui ont été testés positifs à l'enquête et n'ayant jamais testé pour le VIH auparavant (test effectué à l'enquête à ne pas divulguer à des destinataires). Les personnes qui déclarent n'avoir jamais été testés pour le VIH ne connaissent pas leur statut VIH et représentent les 43% restants.

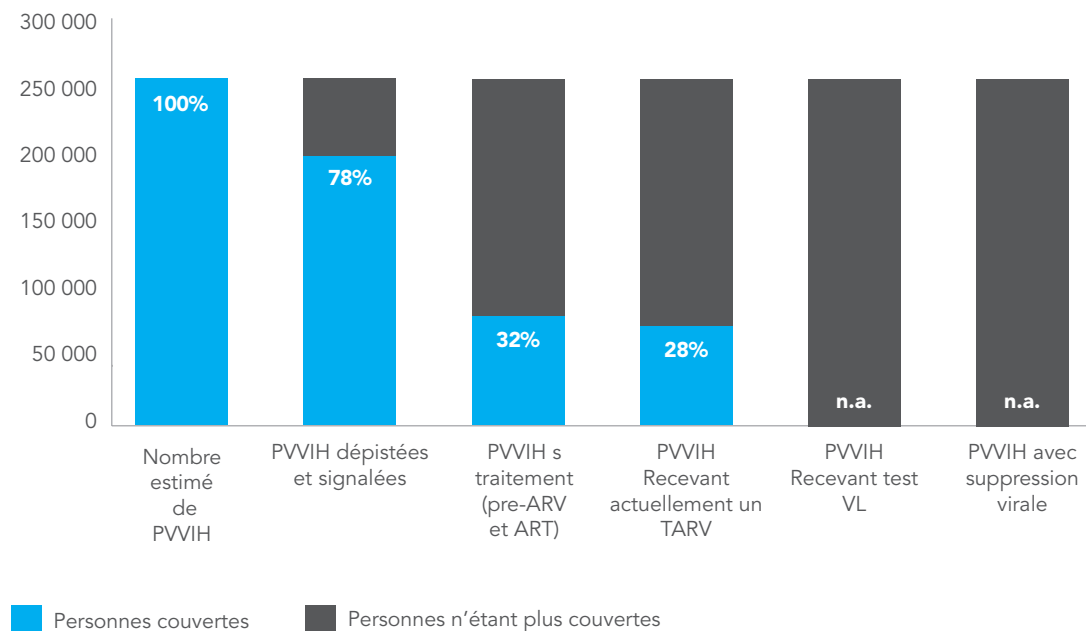
Barth RE, van der Loeff MR, et al. (2010). Suivi virologique des patients adultes dans les programmes de traitement antirétroviral en Afrique subsaharienne : une revue systématique. *Infect maladie Lancet* 10 (3) : 155-166 et Enquête sur les indicateurs du sida au Kenya 2012: Programme national de lutte contre le sida et les IST, Ministère de la Santé, au Kenya. Enquête sur les indicateurs septembre 2013. Kenya AIDS 2012 : rapport préliminaire. Nairobi, Kenya., Donnant 50% du poids à l'ouvrage de Barth et 50% en poids de KAIS 2012. limites proportionnelles de Barth et al. ont été appliquées.

Reconnaissant la nécessité impérieuse de mettre l'accent sur la qualité ainsi que l'adoption du traitement, un nombre croissant de pays et de provinces élaborent leurs propres estimations des résultats à travers la cascade de traitement. Dans tous les milieux où les estimations en cascade ont été faites, un écart important a été documenté entre le nombre

de personnes vivant avec le VIH et le pourcentage de cette population ayant une charge virale supprimée. Les écarts sont encore plus importants pour certaines populations, comme les enfants, les adolescents et les populations clés. En Ouganda, seuls 12% des quelques 110 000 adolescents vivant avec le VIH ont obtenu un traitement antirétroviral en 2013.³⁹

Fig. 20

CASCADE DE TRAITEMENT DU VIET NAM 2012



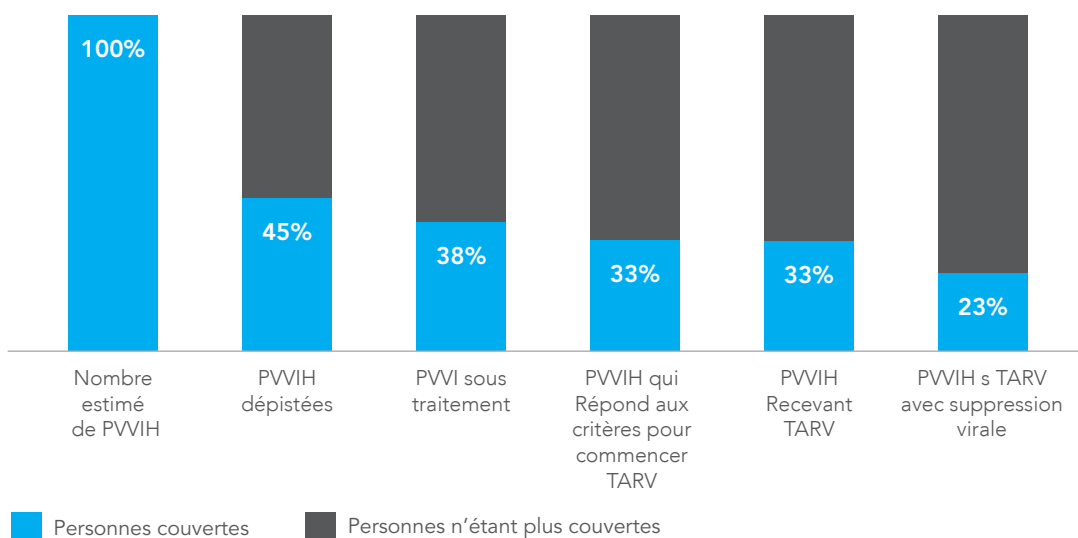
Source: Estimations du ministère de la Santé, le Viêt-Nam, l'administration de lutte contre le VIH/SIDA.

En Afrique subsaharienne, par exemple, l'ONUSIDA estime que seuls 29% des personnes vivant avec le VIH ont une charge virale supprimée (Fig. 19). Ce taux de suppression virale est comparable aux résultats déclarés pour des pays tels que la Colombie (23%) et les Etats-Unis (24%), mais il est supérieur à celui de la

Jamaïque où on estime que seuls 13% des personnes vivant avec le VIH ont vu leur charge virale supprimée. Toutefois, les données indiquent que des taux plus élevés de suppression virale sont déjà atteints dans certains pays, avec 39% des personnes vivant avec le VIH à la Barbade ayant une suppression virale en 2013.

Fig. 21

RESULTATS DE LA CASCADE DE TRAITEMENT DU VIH, COLOMBIE, 2013



Source : Gouvernement de la Colombie, Ministère de la santé et de la Protection sociale, 2014.

Si une minorité de personnes vivant avec le VIH ont vu leur charge virale supprimée dans tous les pays où des cascades de traitement ont été développées, les facteurs qui interfèrent sur les résultats du traitement varient selon les pays. Par exemple, alors que la plupart des personnes vivant avec le VIH au Viet Nam connaissent leur statut sérologique, les personnes vivant avec le VIH dans ce même pays rencontrent des obstacles considérables à l'accès aux soins de santé suite au dépistage du VIH (Fig. 20). En revanche, les données indiquent que la Colombie a atteint des taux élevés d'accès au traitement du VIH et de rétention une fois que les individus sont reçus dans le système de soins de santé, toutefois la plupart des personnes vivant avec le VIH restent non dépistées (Fig. 21). Les données dérivées de l'expérience dans divers milieux doivent désormais être rassemblées autour de stratégies de promotion du dépistage et des leçons apprises de l'accès précoce et continu aux soins de santé.

Reconnaissant que la recherche de qualité doit être poursuivie en même temps que la mise à l'échelle du traitement pour maximiser la suppression virale, le Malawi a mis en place des rapports nationaux trimestriels qui sont basés sur des visites de suivi et des évaluations trimestrielles au niveau de chaque site clinique qui offre des traitements contre le VIH. Les personnels de santé provinciaux et nationaux complétés par les partenaires du secteur privé dans les établissements où le personnel de santé est insuffisant, entreprennent des examens sur place. En 2013, par exemple, des examens de site au niveau de 668 dispensaires publics et privés ont évalué la charge de travail à 1 799 heures. Lors de chaque visite, les performances de la clinique sont évaluées, et un certificat d'excellence est délivré à ceux qui réalisent d'excellents résultats.⁴⁰

Défis de prestations de service

Dans tous les milieux, les planificateurs et ceux qui mettent en œuvre les programmes, en collaboration avec les partenaires communautaires, auront à identifier ceux qui ont besoin des services de traitement qui restent disponibles et à élaborer des stratégies qui sont localement adaptées et qui tirent parti des ressources communautaires disponibles pour engager les individus dans les soins.

La centralisation persistante des services de traitement

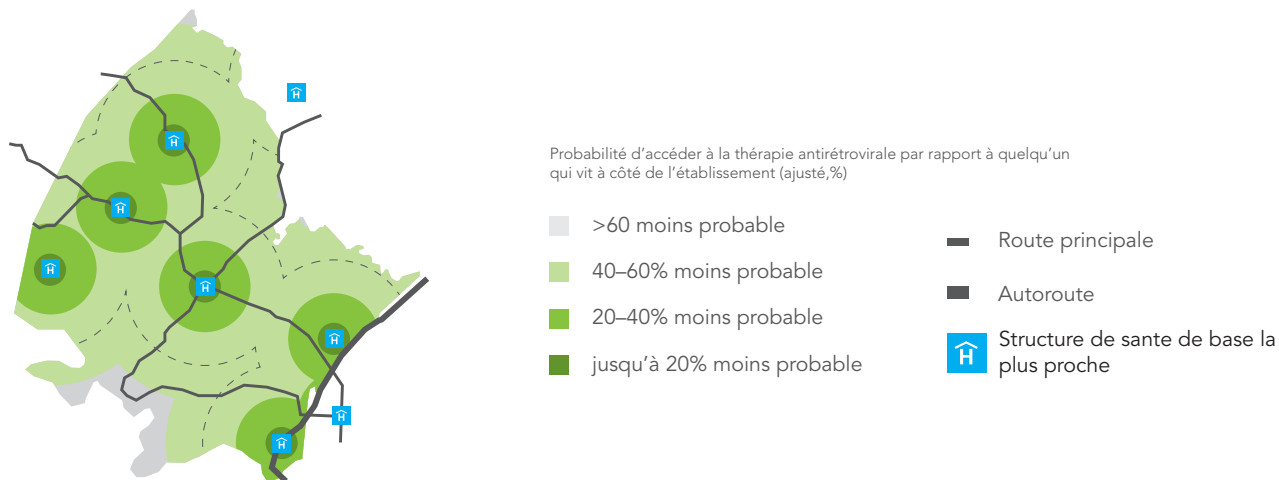
du VIH dans de nombreux contextes, réduit le succès des programmes de traitement. Dans le KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, les taux d'utilisation du traitement baissent au fur et à mesure qu'augmente la distance de déplacement d'une personne pour obtenir des services de traitement (Fig. 22), ce qui souligne la nécessité cruciale de rapprocher les services à ceux qui en ont besoin. Pour faciliter davantage la décentralisation, les services de traitement ont un besoin urgent d'user de manière optimale de la délégation des tâches, y compris la rémunération adéquate des ressources communautaires pour élargir la portée de la thérapie antirétrovirale.¹ Les investissements dans le renforcement des systèmes communautaires seront indispensables à la réalisation de la promesse de services de traitement décentralisés, axés sur la communauté.

Les stratégies de prestations de service qui sont adaptées aux besoins et aux circonstances des populations et des milieux permettent également d'encourager la mise à l'échelle et la rétention dans les soins. Dans le cas des hommes adultes, qui sont moins susceptibles que les femmes d'obtenir un traitement contre le VIH. En Afrique subsaharienne, des horaires de cliniques flexibles le soir et pendant les week-ends, des programmes en milieu de travail, des partenariats avec les systèmes du secteur privé et des services spécialement conçus pour les hommes peuvent être nécessaires. En Ouganda, l'adoption d'un modèle de prestation de services centré sur la famille a été combinée avec une augmentation marquée de l'adoption du traitement pédiatrique du VIH (Fig. 23).⁴¹ De même, des approches adaptées sont essentielles pour répondre aux besoins des populations clés, des personnes vivant dans des zones reculées, des migrants, des prisonniers et d'autres personnes dont les besoins ne sont pas pris en charge efficacement par les principaux systèmes de services.

L'OMS a invité les parties prenantes à faire des efforts visant à optimiser les schémas de traitement contre le VIH et les approches de prestations de service, y compris l'utilisation des points de dépistage, le cas échéant. Les étapes de l'action comprennent la mise en œuvre immédiate des directives de l'OMS de 2013 portant sur les schémas simplifiés, des services de traitement à base communautaire et la mise à l'échelle des outils de dépistage sur site dans des milieux appropriés en fonction de leur disponibilité.¹

Fig. 22

PROBABILITE D'ACCES AU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL, RELATIVE A LA DISTANCE PAR RAPPORT A LA STRUCTURE DE SOINS DE SANTE, KWAZULU NATAL, AFRIQUE DU SUD

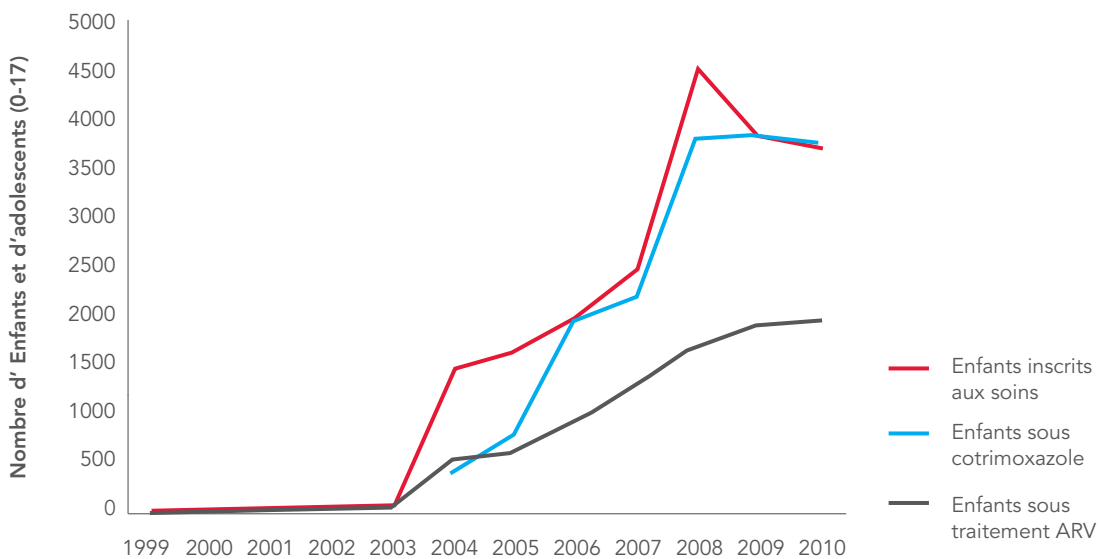


Probabilité relative des adultes VIH-positifs (15-49 ans) un accès thérapie antirétrovirale en raison de la distance de leur établissement de santé primaire la plus proche.

Source: Location, location : Relier les gens plus rapidement aux services du VIH, l'ONUSIDA ; Genève, 2013.

Fig. 23

ADOPTION DE SERVICES PEDIATRIQUES CONTRE LE VIH E APRES L'INTRODUCTION DE L'APPROCHE BASEE SUR LA FAMILLE, OUGANDA



Source: Luyirika et al., PLoS ONE, 2013.

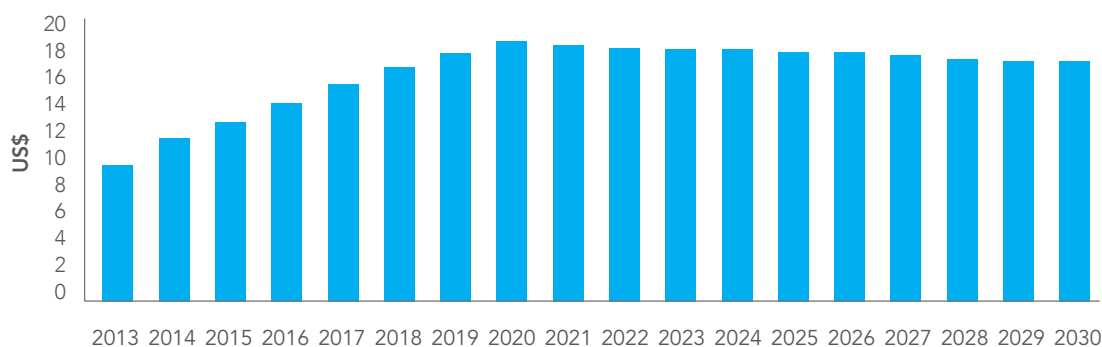
Coûts de réalisation de la cible 90-90-90

L'augmentation du financement sera nécessaire pour mettre fin à l'épidémie du SIDA d'ici à 2030, bien que les ressources nécessaires pour une mise à l'échelle rapide vers la cible 90-90-90 soient mobilisables. Pour atteindre la cible 90-90-90, le traitement du VIH, y compris le coût des médicaments, les prestations de service, la mobilisation communautaire pour assurer l'accès au dépistage et à la rétention dans le traitement

et les coûts de pré-TARV, nécessitera une somme totale de 14 milliards de dollars d'ici à 2016. De 2016 à 2020, le financement devra monter en puissance progressivement chaque année, atteignant ainsi 18 milliards de dollars américains en 2020. Après un pic de dépenses autour de 2020, il est prévu que les coûts de traitement diminueront légèrement jusqu'en 2030, lorsque les coûts de traitement s'élèveront à un total de \$ 16,9 milliards (Fig. 24).

Fig. 24

BESOINS EN RESSOURCES POUR LA CIBLE DE TRAITEMENT 90-90-90, 2016-2030 (MÉDICAMENTS, PRESTATIONS DE SERVICE, DEPISTAGE ET CONSEILS, MOBILISATION COMMUNAUTAIRE ET COÛTS PRE-TARV)



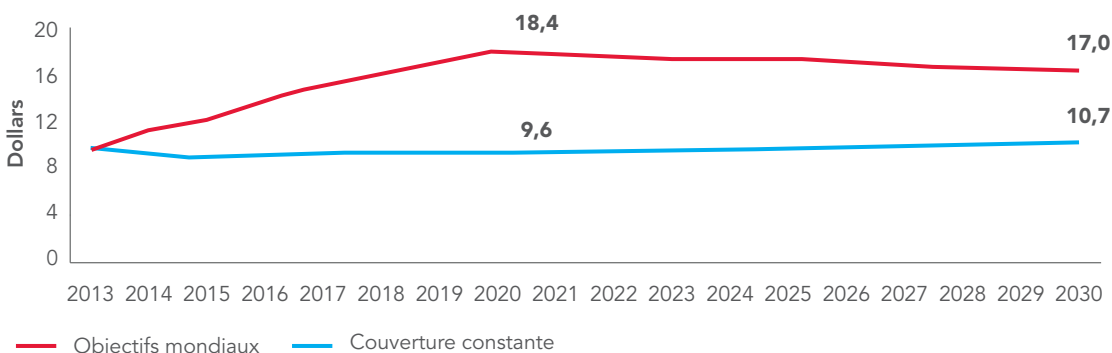
Source: Estimations de l'ONUSIDA, Septembre 2014 Des résultats non publiés.

Les avantages combinés sanitaires et financiers de la cible 90-90-90 deviennent encore plus clairs lorsque les résultats sont comparés à ceux qui se produiraient si les tendances de mise à l'échelle actuelles se poursuivaient. En 2030, le coût de 90-90-90 serait comparable (17 milliards de dollars) et pour la poursuite de la mise à l'échelle (10,7 milliards de dollars)

(Fig.25). Cependant, avec la réalisation de la cible 90-90-90 d'ici à 2020, on prévoit que près de 350 000 personnes vont mourir de causes liées au SIDA en 2030, comparativement à 2,1 millions de décès en poursuivant avec les niveaux de couverture actuelle (Fig. 18).

Fig. 25

BESOINS EN RESSOURCES POUR LES COÛTS DE COUVERTURE CONSTANTE DE TRAITEMENT EN 2013 ET POUR LA CIBLE 90-90-90



Source: Estimations de l'ONUSIDA, Septembre 2014 Des résultats non publiés.

Pour mobiliser les ressources nécessaires afin de financer et soutenir l'élan pour atteindre la cible 90-90-90, les principes de solidarité mondiale et de

responsabilité partagée devront prévaloir. En outre, des efforts substantiels seront nécessaires pour maximiser l'efficacité des programmes.

Fig. 26

PARTENARIAT POUR LE SUCCÈS

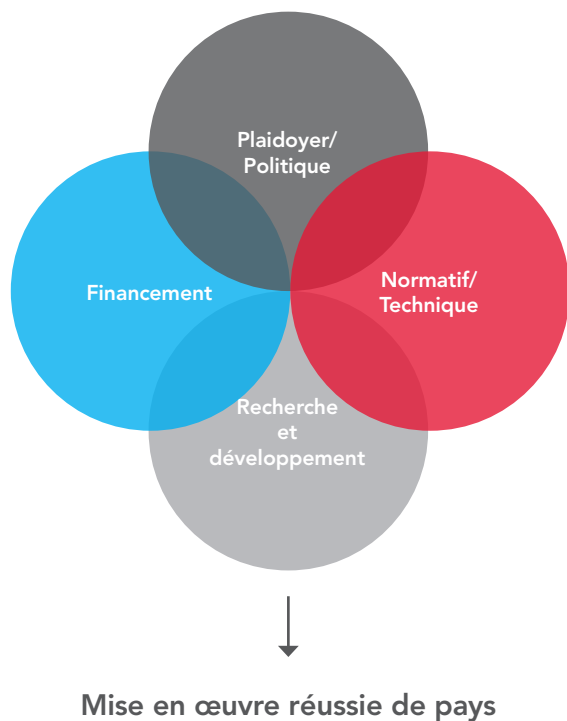
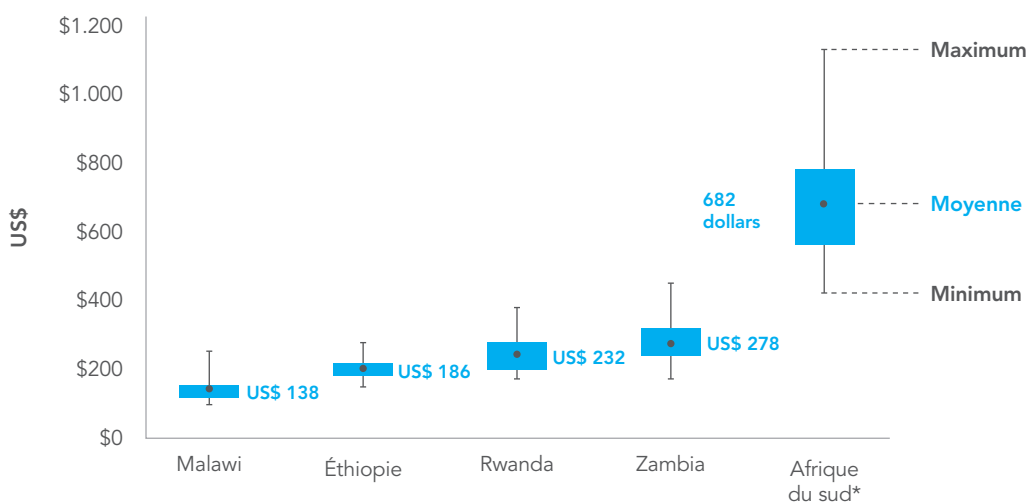


Fig. 27

LES COÛTS DES INSTALLATIONS VARIENT SELON LES PAYS



* Afrique du Sud: ces coûts comprennent les mises à jour le prix des antirétroviraux, qui ont été renégociés par le gouvernement RSA au début de 2010 et sont de 53% inférieurs à ceux observés au cours de la période d'établissement des coûts.

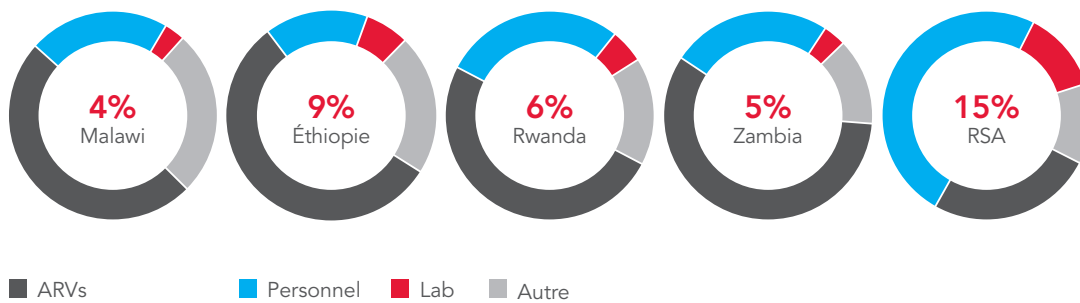
Sources: Clinton Health Access Initiative (CHAI) présentation 2014, données issues des rapports nationaux (ministères de la Santé).

Les données montrent qu'il existe une marge considérable de gains d'efficacité, comme par exemple, les coûts liés aux structures sanitaires qui sont souvent nettement plus élevés dans certains contextes que dans d'autres (Fig. 27). Bien que de nombreux facteurs peuvent influencer sur les coûts des installations, y

compris les salaires et les autres frais de soins de santé dans les pays les plus développés, les données disponibles indiquent que les insuffisances de gestion peuvent également expliquer une partie de la variation des coûts des installations.

Fig. 28

COMPOSANTES DES DEPENSES DE TRAITEMENT DU VIH: LA PART DU PORTEFEUILLE LABO VARIE SELON LE PAYS

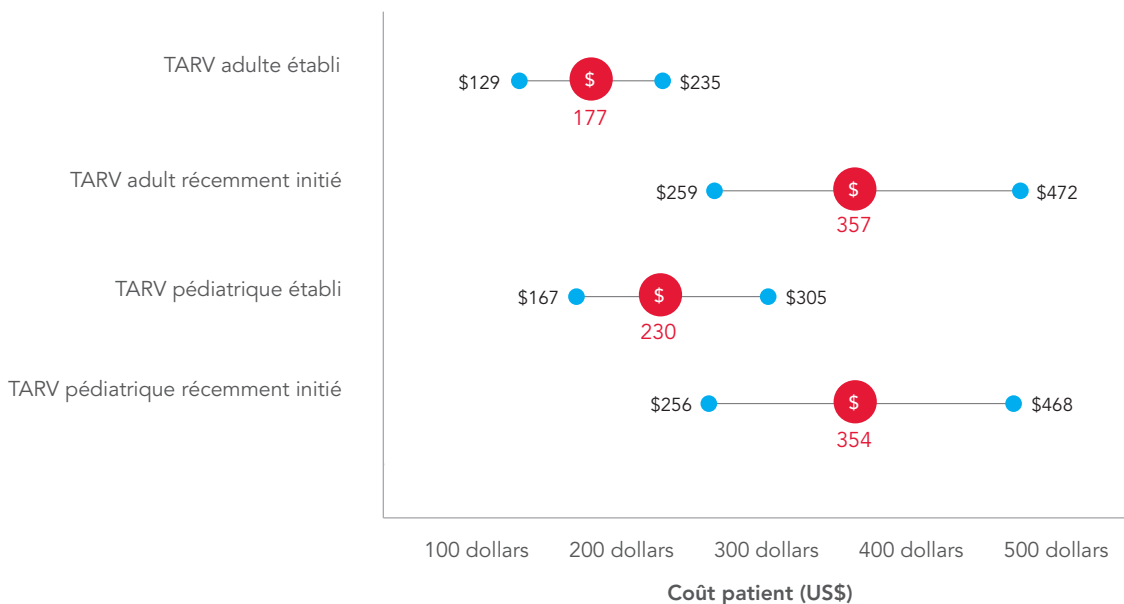


Dans les programmes nationaux de traitement, la part des dépenses de traitement du VIH attribuée aux services de laboratoire est également très variable (fig. 28).

De même, les bilans des dépenses nationales sur le SIDA indiquent que la part des ressources consacrées à la gestion des programmes varie sensiblement selon les pays.

Fig. 29

MOYENNE ANNUELLE DES COÛTS DE TRAITEMENT DU VIH PAR PATIENT, PAR TYPE DE PATIENT



Source: ONUSIDA estimations de 2011.

Source: Nicolas A. Menzies, Andres A. Berruti, John M. Blandford, The Determinants of HIV Treatment Costs in Resource Limited Settings, PLoS ONE Novembre 2012 Vol.7, Numéro 11, e48726.

Négocier un partage d'information-Sud-Sud, des achats groupés et un soutien technique ciblé pourra aider les pays à diminuer les coûts élevés des installations. Concernant les programmes nationaux, un leadership est nécessaire pour allouer des ressources de manière à maximiser le financement d'interventions porteuses et à fort impact, tels que le dépistage et le traitement du VIH. Le renforcement de la coordination entre les donateurs et entre eux et les services nationaux de coordination pourra être également utile pour assurer un usage plus efficace de ressources limitées.

Alors que la mise à l'échelle implique des coûts initiaux, les coûts par patient diminuent à mesure que les individus qui commencent une thérapie antirétrovirale sont stabilisés et ont besoin d'une intervention clinique moins intensive au fil du temps. A l'exception des coûts de la thérapie antirétrovirale, les coûts de prestation de services sont plus de deux fois plus élevés pour les patients qui ont nouvellement initié un traitement du VIH que pour ceux déjà sous traitement (Fig. 29).

METTRE FIN A L'EPIDEMIE DU SIDA

La réalisation de la cible de 2015 de 15 millions de personnes recevant un traitement antirétroviral - un scénario qui devient de plus en plus probable - n'est qu'une première étape, quoiqu'importante, vers le but ultime de mettre fin à l'épidémie du SIDA. Dans l'ère de l'après-2015, il est maintenant clair que l'objectif d'éliminer l'épidémie du SIDA est réalisable - mais seulement si le monde utilise stratégiquement les énormes ressources humaines, techniques et financières à sa disposition.

Seule une approche de partenariat permettra à la communauté mondiale de mettre fin à l'épidémie du SIDA. Le monde aura à combiner la volonté politique, des orientations normatives factuelles, la poursuite de la production de données critiques pour nourrir l'action et des ressources financières suffisantes pour atteindre la cible 90-90-90 et soutenir le traitement à vie contre le VIH pour des dizaines de millions de personnes dans le monde entier.

L'ONUSIDA s'engage à œuvrer en partenariat avec l'ensemble des principales parties prenantes - y compris, mais sans se limiter aux gouvernements nationaux; l'OMS, le Fonds Mondial, le PEPFAR et d'autres bailleurs de fonds; la société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH et les populations clés; le secteur privé; les groupes médicaux professionnels; et d'autres partenaires- pour faire de la cible 90-90-90 une réalité. Tandis qu'une nouvelle

réflexion et de nouveaux modes de fonctionnement seront nécessaires pour atteindre ces cibles ambitieuses, les partenariats qui ont permis à la riposte au SIDA de marquer l'histoire constituent une base solide sur laquelle on peut s'appuyer pour impulser l'effort mondial visant à mettre fin à l'épidémie du SIDA d'ici à 2030.

L'ONUSIDA s'engage particulièrement à tirer parti de son rôle de rassembleur pour collaborer avec des partenaires dans l'élaboration d'une feuille de route pour la mise en œuvre de la cible 90-90-90. L'établissement de repères annuels pour la connaissance du statut sérologique, l'utilisation de la thérapie antirétrovirale et la suppression virale - et la mise en place de solides systèmes pour le suivi des résultats dans tout le continuum de soins - seront essentiels pour stimuler les progrès vers les nouvelles cibles ambitieuses.

Les outils et stratégies existent maintenant pour mettre fin à l'épidémie du SIDA d'ici à 2030. Cependant, pour y parvenir il faudra une action sans précédent de mise à l'échelle du traitement antirétroviral précoce, du fait que tout retard ne fera que permettre à l'épidémie de continuer à devancer la réponse. Inspiré par le chemin parcouru dans la lutte contre le VIH à ce jour et sans se laisser intimider par les défis à venir, l'ensemble de la communauté internationale devra prendre la décision de ne pas laisser passer cette occasion historique.

RÉFÉRENCES

1. L'OMS, les directives d'ensemble sur l'utilisation des antirétroviraux pour prévenir et traiter l'infection à VIH, 2013.
2. Grinsztejn B et al. Effets de traitement précoce par rapport à l'initiation tardive du traitement antirétroviral sur les résultats cliniques du VIH-1 infection: les résultats de la phase 3 HPTN 052 essai contrôlé randomisé. *Lancet Infect Dis*, 2014, DOI: 10.1016 / S1473-3099 (13) 70692,3.
3. Groupe de collaboration sur le sida et le VIH incubation de survie. Durée du VIH-1 séroconversion au sida et la mort avant l'utilisation généralisée de la thérapie antirétrovirale hautement active: une nouvelle analyse de collaboration. *Lancet* 2000, 355: 1131-1137.
4. Samji H et al. Comblent le fossé: augmentation de l'espérance de vie chez traitées les personnes séropositives aux États-Unis et au Canada. *PLoS ONE*, 2013, 8: e81355.
5. Karim SAS, Karim AQ. Prophylaxie antirétrovirale: un moment décisif dans la lutte contre le VIH. *Lancet* 2011, 378: e23-e25.
6. Rodger A et al. Le risque de transmission du VIH par le sexe sans capote si le partenaire VIH + suppressive ART: étude PARTNER. 21e Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, Abstract 153LB, Boston, États-Unis, 2014.
7. Tanser F et al. Haut couverture de la thérapie antirétrovirale associée à la diminution du risque d'acquisition du VIH dans le KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud. *Science*, 2013, 339: 966-971.
8. Montaner JSG et al, 2014 Extension de la couverture antirétrovirale est associée à une réduction soutenue de la morbidité du VIH / sida, la mortalité et la transmission du VIH: le "traitement du VIH comme outil de prévention" expérience dans un contexte canadien. *PLoS ONE*, 2014, 9: e87872.
9. Granich R et al. Élargir ART pour le traitement et la prévention du VIH en Afrique du Sud: Estimation du coût et de la rentabilité de 2011 à 2050. *PLoS ONE*, 2012, 7: e30216.
10. Resch S et al. Le rendement économique de l'investissement dans le traitement du SIDA dans les pays à revenu faible et moyen. *PLoS One*, 2011, 6: e25310.
11. Ventelou B et al. Les conséquences macroéconomiques de renoncer à l'accès universel au traitement antirétroviral pour le VIH en Afrique: un modèle de micro-simulation. *PLoS ONE*, 2012, 7: e34101.
12. Granich R et al. Élargir ART pour le traitement et la prévention du VIH en Afrique du Sud: coût estimé et le coût-efficacité 2011-2050. *PLoS ONE*, 2012, 7: e30216.
13. Walensky RP et al, coût-efficacité du traitement anti-VIH comme outil de prévention dans les couples sérodifférents, *New Eng J Med* 2013, 369: 1315-1325.
14. Newell ML et al. La mortalité des nourrissons infectés et non infectés nés de mères infectées par le VIH dans Afrique: une analyse groupée. *Lancet* 2004, 364: 1236-1243.
15. Montaner JSG et al. Le cas pour élargir l'accès à la thérapie antirétrovirale hautement active pour freiner la croissance de l'épidémie de VIH. *Lancet* 2006, 368: 531-536.
16. ONUSIDA, Le rapport sur les écarts, ONUSIDA, Genève, 2014.
17. Baral S et al. Risque élevé de l'infection à VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à faible revenu et pays à revenu intermédiaire 2000-2006: Un examen systématique, *PLoS Med*, 2007, 4: E339.
18. Baral S et al. Charge du VIH parmi les travailleurs du sexe à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire: une revue systématique et méta-analyse. *Lancet Infect Dis*, 2012, doi: 10.1016 / S1473-3099 (12) 70066-X.
19. Baral SD et al. Fardeau mondial du VIH dans les femmes transgenres: une revue systématique et une méta-analyse, *Lancet Infect Dis*, 2013, 13: 214-222.

20. Wolfe D et al. Traitement et de soins pour les consommateurs de drogues injectables infectés par le VIH: un examen des obstacles et voie à suivre. *Lancet* 2010, 376: 355-366.
21. Arreola A et al, accès à la prévention et au traitement du VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: Résultats de l'étude sur les hommes 2012 mondiales de la santé et de l'homme (GMHR), le Forum mondial sur les HSH et le VIH, 2012.
22. Sexe Dynamix, l'amfAR, accès transgenres aux services de santé sexuelle en Afrique du Sud: les résultats d'une enquête auprès des informateurs clés 2012.
23. Kerr T et al, L'impact de l'exposition de détention obligatoire de la toxicomanie sur la prévention de la santé chez les utilisateurs de drogues injectables en Thaïlande, *Politique Int J drogues*, 2014, 25: 171-174.
24. Shannon K et al, épidémiologie mondiale du VIH parmi les travailleurs du sexe. Influence des déterminants structurels, *Lancet*, 2014, doi: 10.1016 / S0140-6736 (14) 60931-4.
25. L'OMS, la santé pour les adolescents du monde 2014 <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>.
26. Newell ML et al. La mortalité des nourrissons infectés et non infectés nés de mères infectées par le VIH en Afrique: une analyse groupée. *Lancet* 2004, 364: 1236-1243.
27. Fergusson P, Tomkins A, la prévalence et la mortalité chez les enfants traités pour malnutrition aiguë sévère en Afrique sub-saharienne VIH: un examen systématique, *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 2008, doi: 10.1016 / j.trstmh.2008.10.029.
28. Hesselning AC et al, haute incidence de la tuberculose chez les nourrissons infectés par le VIH: Résultats d'une étude basée sur la population sud-africaine met en évidence la nécessité d'améliorer les stratégies de lutte contre la tuberculose, *Clin Infect Dis*, 2009, 48: 108-114.
29. UNITAID, le VIH / sida de marché des médicaments et des technologies paysage, 2014.
30. McNairy ML et al. Identifier les modèles optimaux de soins et de traitement du VIH en Afrique sub-saharienne Consortium. La rétention des enfants infectés par le VIH sous traitement antirétroviral dans les soins et les programmes de traitement du VIH au Kenya, le Mozambique, le Rwanda et la Tanzanie. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2013, 62: e70-e81.
31. OMS, Mars 2014 supplément de 2013 directives unifiées concernant l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour traiter et prévenir l'infection à VIH, Genève: OMS, 2014.
32. Campagnes Althorp K. de prévention multi-maladie (partie 2): études du Kenya et de l'Ouganda cas. 013 Disponible: <http://www.aidsmap.com/Multi-maladie-prevention-campagnes-part-2/page/2811299/>.
33. Gouvernement du Brésil, Ministère de la Santé du Brésil-IST-sida-hépatites virales, 2014.
34. Informations fournies par l'équipe de soutien régional de l'ONUSIDA pour l'Asie et le Pacifique, Juin 2014.
35. US Centers for Disease Control and Prevention, Rapport de surveillance supplémentaire VIH 2013.
36. Données des ministères de la Santé du Brésil et de la Colombie, a indiqué lors d'une consultation de traitement de reciblage VIH, Buenos Aires, Argentine, Avril 2014.
37. Eloul B et al. Des niveaux élevés d'adhésion et la suppression virale dans un échantillon national représentatif d'adultes infectés par le VIH sous traitement antirétroviral à 6, 12 et 18 mois au Rwanda. *PLoS ONE*, 2013, 8: e53586.
38. D Cohen et al. Membres de dépistage du VIH de la famille de la couverture des patients de traitement antirétroviral adultes au Malawi. *AIDS Care*, 2010, 22: 1346-1349.
39. Programme de lutte contre le sida en Ouganda, Ministère de la Santé, Préparer le terrain pour l'extension des TARV pour les adolescents: L'expérience de l'Ouganda, de la Conférence internationale sur le sida et les IST en Afrique, 2013.
40. Malawi Ministère de la Santé. Rapport du programme VIH intégré - Janvier - Mars 2013.
41. Luyirika E et al. Améliorer l'accès aux soins pédiatriques du VIH avec une approche intégrée, centrée sur la famille: une étude de cas d'observation de l'Ouganda. *PLoS ONE*, 2013, 8: e69548.

NOTE

ONUSIDA
Programme conjoint des Nations
Unies sur le VIH/SIDA

UNHCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
UNODC
ONUFEMMES
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Suisse

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org