

CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME

UNAIDS/PCB(31)/12.18

Date de publication: 29 octobre 2012

TRENTE-ET-UNIÈME RÉUNION

DATE: 11-13 décembre 2012

LIEU : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

HORAIRES DE LA RÉUNION : 09h00-12h30 | 14h00 - 18h00

Point 2 de l'ordre du jour

**Suivi du segment thématique de la 30^{ème} réunion
du Conseil de Coordination du Programme
Prévention combinée : répondre au besoin urgent
de redynamiser les ripostes de prévention au VIH
dans le monde en intensifiant l'action et en
développant les synergies pour stopper et
amorcer le renversement de l'épidémie de sida**

Documents complémentaires pour ce point : *aucun*

Action requise pour cette réunion – le Conseil de Coordination du Programme est invité à :

79. Prendre note du rapport de synthèse de la session thématique sur la prévention combinée.
80. Prier les gouvernements à travailler avec les établissements de recherche des secteurs public et privé, et avec la société civile, en particulier les personnes vivant avec et affectées par le VIH, pour recenser les principaux obstacles – en particulier les faiblesses au niveau des ressources humaines et des systèmes – à la mise en œuvre des progrès de la recherche scientifique sur le VIH dans tous les milieux.
81. Lancer un appel pour que toutes les ripostes nationales au sida soient informées par les données probantes de l'impact et de l'efficacité les plus récentes, y compris l'utilisation dans tous les contextes des estimations de l'incidence du VIH validées au moyen des meilleures méthodes disponibles.
82. Prendre note avec préoccupation de l'impact de l'abandon aux différents stades du continuum de soins des personnes vivant avec le VIH, en conséquence de quoi elles n'ont plus accès à, ou ne continuent pas de suivre, des traitements et des soins pleinement efficaces. Le Conseil de Coordination du Programme est également invité à lancer un appel pour que des mesures soient prises de toute urgence pour réduire les obstacles et le nombre d'abandons au sein des différents stades de ce continuum afin de parvenir au résultat visé – le maintien en vie des personnes et l'arrêt des nouvelles infections.
83. Demander à l'ONUSIDA, avec le concours des partenaires de recherche et de mise en œuvre, d'affiner les méthodes pour évaluer l'impact des programmes axés sur les changements de comportements afin d'obtenir l'impact le plus fort et d'optimiser l'utilisation des ressources.
84. Prendre note des objectifs et cibles de prévention du VIH adoptés dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida » (2011) qui invite les gouvernements, les administrateurs de programmes, les donateurs, la société civile et toutes les parties prenantes à soutenir et étendre la portée d'interventions de prévention combinée efficaces et éclairées par le concret.

Conséquences en termes de coût des décisions : il est prévu que ces activités soient couvertes par des ressources existantes de l'UBRAF et d'autres sources de financement potentielles.

CONTEXTE

1. Lors de sa 28^{ème} réunion, le Conseil de Coordination du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a approuvé le thème du segment thématique de sa 30^{ème} réunion : « Prévention combinée : répondre au besoin urgent de redynamiser les ripostes de prévention au VIH dans le monde en intensifiant l'action et en développant les synergies pour stopper et amorcer le renversement de l'épidémie de sida ».
2. Le document de référence du segment thématique (UNAIDS/ PCB (30)12.13) décrivait les engagements mondiaux en matière de prévention contre le VIH, la prévention combinée et les obstacles à la réalisation de ces engagements.
3. Une étude approfondie de la manière dont cette approche pouvait être mise en œuvre a eu lieu pendant la session thématique sur la prévention combinée lors de la 30^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme de juin 2012. Les débats ont porté sur l'examen de la valeur des programmes de prévention combinée et de leurs composantes (biomédicales, comportementales et structurelles) à partir de différents points de vue.

SYNTHÈSE DES DÉBATS DE LA SESSION THÉMATIQUE SUR LA PRÉVENTION COMBINÉE DE LA 30^{ème} RÉUNION DU CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME

4. Pour réaliser la vision de l'ONUSIDA de zéro nouvelle infection à VIH, il faut de toute urgence redynamiser la prévention du VIH. L'approche la plus efficace consiste en une prévention combinée basée sur des programmes adaptés et multiformes.
5. La session a mis en évidence quatre points pour le suivi, que nous étudions de façon plus approfondie dans le présent document de référence :
 - a) le décalage au niveau de la rapidité de mise en œuvre des progrès scientifiques entre les pays du Nord et les pays du Sud,
 - b) la nécessité d'élargir et d'intensifier les actions à tous les niveaux d'un continuum prévention-traitement,
 - c) la manière la plus efficace d'influencer les changements comportementaux et sociaux, et
 - d) la poursuite des efforts des pouvoirs publics, des administrateurs de programmes et des donateurs pour promouvoir et soutenir les activités de prévention.
6. Depuis sa création en 1996, l'ONUSIDA a plaidé pour une prévention combinée du VIH couvrant un ensemble d'actions programmatiques conçues pour prévenir le virus, intervenant à différents niveaux et utilisant différents outils :
 - a) des outils biomédicaux pour changer la contagiosité ou la susceptibilité,
 - b) des programmes pour encourager systématiquement les personnes à modifier leurs comportements de sorte à ce qu'elles soient moins susceptibles d'être exposées au VIH,

- c) des programmes de changement social (aussi appelés programmes structurels) qui affectent les conditions sous-jacentes ayant un impact sur l'exposition au VIH ou la probabilité que les personnes choisissent ou non des solutions pour réduire la contagiosité ou la susceptibilité.
7. La session thématique était répartie entre des réunions plénières et des réunions en petits groupes.
8. Les réunions plénières se sont déroulées comme suit :
- Ouverture : Agnieszka Pachciarz, Sous-secrétaire d'État, Ministère de la Santé, Pologne
 - Mot de bienvenue : Paul de Lay, Directeur exécutif adjoint, ONUSIDA
 - Qu'est-ce que la prévention combinée ? Michael Bartos, Responsable *ad interim*, Division « Science for Action », ONUSIDA
 - Sur quelles données factuelles s'appuyer pour formuler des ripostes efficaces ? Marie Laga, MD, PhD, Professeur, Département de microbiologie, Institut de Médecine Tropicale (Belgique), Meena Saraswathi Seshu, Secrétaire générale, SANGRAM (Inde), Dr Ibra Ndoye, Secrétaire exécutif, Conseil National de Lutte contre le SIDA (Sénégal)
 - Élargir et intensifier la prévention combinée : utiliser la science de façon stratégique en fonction des différentes épidémies : Richard K. Matlhare, Coordonnateur national, Agence de coordination nationale contre le sida (Botswana), Alice Welbourn, PhD, Directrice, the Salamander Trust (Royaume-Uni)
 - Relier les informations et les données factuelles aux prises de décision : Rosalia Rodriguez-Garcia, Spécialiste principale des questions de suivi et évaluation, Programme mondial de lutte contre le VIH/sida (Banque mondiale), George Ayala, Directeur exécutif, Forum mondial sur les HSH et le VIH (États-Unis d'Amérique)
 - Commentaires de clôture : Jan Beagle, Directrice exécutive adjointe, ONUSIDA
 - Clôture : Agnieszka Pachciarz, Sous-secrétaire d'État, Ministère de la Santé, Pologne

CONCLUSIONS DES RÉUNIONS PLÉNIÈRES

Composantes de la prévention combinée

Prévention biomédicale et basée sur le comportement

9. Les méthodes de prévention du VIH basée sur le comportement et celles basées sur le changement des normes et des structures sociales sont principalement orientées vers une réduction de l'exposition au virus. À l'inverse, les activités biomédicales – en particulier l'utilisation de médicaments antirétroviraux chez les personnes infectées et non infectées, et la circoncision masculine – sont plus axées vers une réduction de la transmission du virus ou de l'infection par le VIH en cas d'exposition à celui-ci.
10. Chiffres d'efficacité variables : on dispose de chiffres d'efficacité variables concernant les différentes activités de prévention : une utilisation régulière du préservatif réduit l'incidence du VIH de 80 % et la circoncision masculine abaisse

de 55-60 % le risque qu'un homme séronégatif soit infecté par une femme séropositive.

11. Le changement de comportement, composante clé de bon nombre de programmes de lutte contre le VIH, est fortement associé à des réductions de l'incidence du VIH. Toutefois, il s'est révélé beaucoup plus difficile d'identifier avec précision les composantes spécifiques des programmes promouvant les changements de comportements qui ont contribué à réduire l'incidence.
12. Les programmes ciblés et ceux qui permettent aux personnes et aux communautés de s'attaquer aux obstacles socioculturels et aux normes sociales semblent avoir eu l'effet le plus important. Pour cibler efficacement, il faut adapter les activités à la situation et aux besoins des populations les plus exposées au risque d'infection à VIH, lesquelles peuvent se situer dans des zones géographiques particulières ou peuvent, pour certaines épidémies, être des femmes ou des populations spécifiques, en particulier en cas d'épidémies concentrées, telles que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Traitement et prévention

13. De plus en plus, le traitement est reconnu comme étant lié à tous les aspects de la prévention. L'impact du traitement sur la transmission du virus ou l'infection par le VIH est très lié à son observance. Nous savons, de l'étude du continuum des soins et traitements, que même dans les milieux où les ressources sont importantes, la proportion totale de la population vivant avec le VIH dont la charge virale a totalement disparu grâce à un traitement efficace peut être inférieure à 20 %. En conséquence, les mesures pratiques permettant de maximiser les chances que le traitement modifie les dynamiques de la transmission consistent à s'intéresser au continuum des soins et traitements, en particulier aux étapes auxquelles la plupart des personnes abandonnent le suivi d'un traitement. Il a été démontré que la mobilisation communautaire est essentielle pour une bonne observance et peut jouer un rôle majeur à différentes étapes du continuum des soins.
14. « Il n'est pas simple de s'attaquer aux composantes comportementales et structurelles d'une épidémie et l'on a eu tendance à se concentrer sur les interventions biomédicales » a indiqué le Dr Marie Laga, Responsable de l'Unité de Politique sur le VIH/sida de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (Belgique) lors de sa présentation pendant la réunion. Toutefois, les composantes comportementales de la prévention du VIH – telles que : observer un traitement antirétroviral, accepter un test de dépistage du VIH, négocier l'utilisation du préservatif et dépasser la stigmatisation – sont essentielles pour que les outils biomédicaux soient efficaces. Par exemple, les participants à la réunion ont appris de Meena Saraswathi Seshu, Secrétaire générale de Sangram, organisation de la société civile, que « les professionnel(le)s du sexe d'Inde sont confronté(e)s à des obstacles structurels pour accéder aux services de prévention du VIH ainsi qu'à une stigmatisation et à une discrimination importantes associées à la maladie. Pourtant, les professionnel(le)s du sexe sont des agents du changement, capables d'éviter l'épidémie grâce à un soutien approprié ».

LEÇONS TIRÉES DES EXPÉRIENCES DES PAYS

Besoins locaux

15. Tous les participants ont souligné que les stratégies de prévention combinée doivent répondre aux besoins épidémiologiques et démographiques locaux des différents groupes de la population générale. Certains se sont aussi inquiétés du décalage trop important entre les avancées scientifiques déterminantes en matière de prévention du VIH dans les pays du Nord et leurs applications à l'échelon des pays du Sud.
16. L'une des principales conclusions de la présentation du Dr Ibra Ndoye du Conseil National de Lutte contre le SIDA (SE/CNLS) relatives à l'expérience de la planification et de la mise en œuvre d'une prévention combinée au Sénégal a été qu'il est impératif de « Connaître son épidémie, connaître sa riposte » ou, en d'autres termes, de « savoir où les 1 000 prochaines infections pourraient se déclarer ». Pour chaque groupe clé de population, une combinaison d'activités spécifiques doit être élaborée et mise en œuvre, avec la participation d'un grand nombre de parties prenantes d'organisations de la société civile, du secteur privé et des pouvoirs publics.

Facteurs structurels

17. Un leadership politique puissant, l'éradication de la stigmatisation et le rôle des organisations confessionnelles se sont révélés des facteurs essentiels. La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes diminue, tout comme le nombre d'enfants nés porteurs du virus. Des difficultés subsistent cependant, notamment l'évaluation de l'incidence du VIH, le manque de financements et le nombre relativement faible de personnes ayant connaissance de leur statut sérologique VIH.
18. Au Botswana, l'engagement national, les politiques, stratégies et programmes approuvés, la mobilisation et la gestion des ressources, la responsabilisation et l'état de droit sont les principales conditions à l'élargissement et à l'intensification des efforts de prévention combinée. Richard K. Matlhare, Coordonnateur national de l'Agence de coordination nationale contre le sida du Botswana a indiqué que bien que le pays enregistre des progrès, il doit aussi faire face à un certain nombre de difficultés pour élargir et intensifier des programmes efficaces : des ressources institutionnelles et humaines inappropriées, une faible appropriation de la riposte au niveau communautaire et une diminution des financements externes.

Changer les normes

19. « L'expérience du programme Stepping Stones montre que la mobilisation communautaire peut faire évoluer les normes, conduire à un dialogue ouvert et honnête parmi les communautés et, de ce fait, réduire la stigmatisation et la discrimination » a déclaré Alice Welbourn, fondatrice et Directrice du Salamander Trust. Ces valeurs, que le programme Stepping Stones s'efforce de faire évoluer, peuvent être très difficiles à évaluer mais sont essentielles pour réussir. Le programme s'est développé avec succès grâce à une demande organique croissante et parce que les outils sont adaptés aux communautés concernées.

Galvaniser les communautés

20. La participation des communautés au suivi et à l'évaluation a permis de faire la lumière sur la faisabilité, l'acceptabilité et la pérennité des programmes. L'enquête mondiale sur les droits et la santé des hommes présentée par George Ayala, Directeur exécutif du Forum mondial sur les HSH et le VIH, dont l'objectif était d'évaluer l'accès des hommes aux services de prévention du VIH dans le monde, illustre bien ce point. Cette enquête mondiale en ligne d'une durée de 30 minutes proposée dans cinq langues était axée sur : la connaissance et l'acceptabilité du traitement pré-exposition, le dépistage du VIH, l'accès aux préservatifs, aux lubrifiants et aux traitements, la stigmatisation perçue, l'homophobie et le degré de confort vis-à-vis du fournisseur de services. Les résultats ont permis d'avoir une meilleure connaissance des obstacles auxquels les hommes sont confrontés pour accéder aux services de santé et de la manière dont on peut adapter les approches et faire coïncider les activités de prévention combinée aux besoins de segments spécifiques de la population.

Connaître les résultats

21. Le suivi et l'évaluation demeurent essentiels pour élaborer et cibler les programmes de prévention combinée, selon Rosalia Rodriguez-Garcia de la Banque mondiale, Washington. Une évaluation efficace aide à prendre des décisions car elle offre de la transparence au niveau de l'allocation des ressources et parce qu'elle révèle les résultats et l'impact. Bien que le suivi et l'évaluation des activités de prévention combinée ne soient pas un exercice facile, celui-ci peut se faire au moyen de différents outils, tels qu'une analyse de la charge de morbidité et une surveillance ciblée – afin d'améliorer l'efficacité de l'allocation des ressources, une analyse de la gestion des programmes, des études sur l'intégration du système de santé et des recherches sur le rapport coût-efficacité des interventions, l'ensemble étant susceptible de conduire à une meilleure efficacité technique.

RÉUNIONS EN PETITS GROUPES

22. Outre les réunions plénières, la journée prévoyait aussi quatre réunions en petits groupes sur les thèmes suivants : les jeunes et la prévention du VIH, l'engagement politique et la hiérarchisation des priorités en matière de prévention du VIH, le rôle des multiples parties prenantes – notamment la société civile et le secteur privé – dans la prévention du VIH, et le VIH et les co-infections chez les consommateurs de drogues injectables.

Atteindre l'objectif de zéro nouvelle infection : les jeunes s'expriment sur le VIH

23. Le Secrétariat de l'ONUSIDA a présenté l'initiative CrowdOutAIDS, projet participatif ayant pour objectif d'établir des recommandations et véhiculé via les médias sociaux et une recherche collective sur Internet. Les résultats de ce processus ont été utilisés pour élaborer la stratégie de l'ONUSIDA pour un leadership de nouvelle génération et se sont traduits par la création de postes pour des jeunes. Les recommandations issues de l'analyse des informations recueillies ont notamment inclus une intégration de la question du VIH dans la culture populaire et un renforcement de l'éducation par les pairs au niveau communautaire.

24. Dans la mesure où les prises de décisions se font toujours au niveau mondial, il faut une définition large de la prévention combinée qui inclue une éducation sexuelle complète. Les principaux messages de la réunion ont été que les jeunes doivent jouer un rôle central dans les efforts de prévention et être intégrés à tous les stades, que des investissements directs doivent être engagés pour soutenir des activités ciblant les jeunes et qu'un élargissement de l'accès des jeunes à une éducation à la sexualité complète et à des services de santé sexuelle et reproductive bienveillants à leur égard est essentiel.

Réalités nationales : prendre des décisions difficiles

25. Cette réunion a consisté en des présentations d'études de cas de pays sur la Moldavie, le Zimbabwe et le Botswana. En Moldavie, les enseignements tirés de l'expérience concernent notamment l'importance de la coordination entre les différentes parties prenantes et la nécessité de tenir compte de la manière dont les questions de nature structurelle peuvent soit retarder soit faciliter la mise en œuvre d'un plan d'action.
26. Au Zimbabwe, une stratégie d'investissement a été adoptée pour allouer les ressources aux différentes activités, avec une analyse des contributions respectives des activités de base des programmes, des catalyseurs essentiels et des domaines dans lesquels les programmes de lutte contre le VIH ont des synergies avec des secteurs de développement plus larges. Le Cadre d'investissement a été un outil important pour aider les pouvoirs publics à réaliser une analyse plus réaliste des coûts et à redéfinir les priorités de la riposte nationale au sida.
27. S'agissant du Botswana, la discussion a été centrée sur la manière de financer une riposte dans un pays qui a déjà mis en place un accès universel au traitement. Faut-il qu'une partie du financement provienne des taxes sur l'alcool, les télécommunications ou les droits aéroportuaires, ou faut-il que ces financements soient prélevés sur les budgets de différents ministères au détriment d'autres priorités ? Un consensus s'est établi autour de l'idée que la hiérarchisation des priorités doit être basée sur une bonne vision d'ensemble de l'épidémie et que les planificateurs doivent identifier les obstacles et les carences.

Mobiliser les parties prenantes : rôle des organisations de la société civile et du secteur privé dans la prévention du VIH

28. Cette réunion a porté sur l'expérience en matière de mobilisation d'un large éventail de parties prenantes de différents secteurs – notamment la société civile, le secteur privé et les pouvoirs publics – pour la prévention du VIH.
29. L'un des principaux sujets discutés a été la participation multisectorielle. L'expérience du Zimbabwe a illustré à quel point il est important de faire participer différentes parties prenantes aux programmes de prévention combinée. Par exemple, les administrateurs de programmes de prévention du VIH sur le lieu de travail doivent se demander où et quand proposer des services car il est probable que les employeurs et les travailleurs du secteur informel ne soutiendront que des programmes sans impact préjudiciable sur les activités économiques.
30. Une autre réflexion a porté sur le rôle de l'appropriation nationale – laquelle est essentielle lorsqu'il s'agit de développement, de recherche, de déploiement, de

suivi et d'évaluation de nouvelles technologies de prévention. Les organisations de la société civile ont été considérées comme essentielles pour renforcer l'appropriation nationale, notamment en ce qui concerne le plaidoyer, la mobilisation des ressources et pour garantir l'adaptation des programmes de prévention aux besoins des femmes et des populations clés (par exemple).

31. La réunion s'est conclue sur l'idée que la riposte au VIH devait être considérée comme un vrai point d'entrée pour une collaboration renforcée entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales.

VIH et co-infections avec les hépatites B et C

32. On estime à 240 millions le nombre de personnes vivant avec une hépatite B chronique et à 170 millions le nombre de celles qui vivent avec une hépatite C chronique. Les taux de co-infection avec le VIH se situent dans une fourchette de 6 à 26 % pour l'hépatite B et de 25 à 30 % pour l'hépatite C, avec des taux beaucoup plus élevés parmi les consommateurs de drogues injectables.
33. Malgré des signes manifestes de soutien de programmes complets de réduction des risques pour prévenir le VIH, on estime que la moitié seulement des pays où l'on recense des consommateurs de drogues injectables disposent de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ou de programmes de substitution aux opiacés. Faire participer les bénéficiaires à la conception et à la mise en œuvre des programmes permet d'améliorer les résultats en termes d'effets et de durabilité.
34. Il est par conséquent essentiel d'améliorer le dépistage non seulement en Europe orientale mais aussi en Afrique, d'étendre la mise en œuvre de programmes complets de réduction des risques et les structures nécessaires, de travailler davantage avec les populations affectées et de réduire le coût du traitement.

PROBLÈMES SOULEVÉS PAR LA SESSION THÉMATIQUE CONCERNANT LE SUIVI

Réduire le décalage entre ceux qui mettent en œuvre des ripostes précoces et ceux dont les ripostes sont tardives

35. Pendant la session thématique, des questions ont été soulevées concernant la nécessité de s'assurer que les évolutions importantes de la science et les meilleures pratiques en matière de prévention du VIH soient disponibles à grande échelle pour toutes les populations qui en ont besoin ; des inquiétudes particulières ont été relevées concernant les carences actuelles dans les milieux où les ressources sont limitées. L'un des principaux défis est de réduire le décalage entre les avancées scientifiques majeures des stratégies et des technologies de prévention et leur application à l'échelon des pays.
36. On note des disparités dans la mise en œuvre des stratégies de prévention du VIH au niveau mondial, mais également au sein des pays. Les raisons de ces différences incluent la charge inégale de l'épidémie elle-même – laquelle est aggravée par un manque de volonté politique et de ressources humaines compétentes, la marginalisation des populations clés fortement exposées au risque d'infection par le VIH et une distorsion au niveau des priorités des programmes imputable à la dépendance vis-à-vis de financements externes.

Pour s'attaquer à ces disparités, les principaux points à traiter sont : combler l'insuffisance des données, renforcer les systèmes de riposte et notamment les systèmes de santé, favoriser une appropriation nationale et une plus grande cohérence des efforts de riposte combinée.

Les informations stratégiques déterminent l'efficacité des programmes

37. Le principe « Connaître son épidémie, connaître sa riposte » est la pierre angulaire de la prévention du VIH et impose non seulement une actualisation régulière des statistiques relatives au virus mais aussi une compréhension nuancée du climat juridique, politique et social ainsi que de la manière donc celui-ci influence les paramètres de risque⁴. Dans des milieux bien organisés disposant de ressources élevées, les ripostes au VIH peuvent être améliorées en permanence grâce à une évaluation régulière de l'impact des programmes parallèlement à une surveillance efficace du VIH assortie d'estimations de l'incidence.
38. Pour que les stratégies de prévention du VIH soient systématiques et fondées sur des données probantes, des systèmes d'information bien établis et des notifications de cas de VIH régulièrement actualisées sont nécessaires pour avoir une connaissance éclairée de là où les 1 000 prochaines infections se déclareront¹¹. Les expériences de certains pays, tels que l'Inde, montrent que c'est faisable¹². Les systèmes de surveillance du VIH sont essentiels, non seulement pour planifier les programmes de soins et de prévention du VIH, mais également pour suivre la riposte à l'épidémie d'un pays et éclairer la riposte future^{13 14}.
39. On utilise souvent les données de prévalence pour évaluer l'étendue de l'infection à VIH dans une population donnée, mais dans la mesure où un plus grand nombre de personnes vivent plus longtemps avec le virus, la prévalence devient un indicateur moins utile pour prédire où les 1 000 prochaines infections se déclareront. Bien qu'il n'y ait pas encore aujourd'hui de test de diagnostic largement disponible capable d'identifier facilement à quand remonte une infection par le virus (enquête d'incidence), un tel test est en cours d'étude et de perfectionnement, et il faut qu'il soit mis à disposition rapidement, y compris dans les milieux où les ressources sont limitées. Actuellement, les ripostes dotées de bonnes ressources peuvent mesurer approximativement l'incidence grâce à une combinaison d'analyses des données sérielles de la prévalence, une couverture élevée de la notification des cas de VIH, l'utilisation de tests du VIH « peu sensibles » et des informations sur l'incidence venant d'études de cohortes. Lorsque l'on ne peut pas collecter de données sur l'incidence, un modèle sur les modes de transmission élaboré par l'ONUSIDA peut être utile pour faire la lumière sur les tendances de l'épidémie dans une population donnée¹⁵.

Des systèmes de santé plus solides

40. Le renforcement des systèmes de santé est une composante clé des efforts visant à réduire l'écart Nord-Sud au niveau de la prévention du VIH. Cela implique une gouvernance plus efficace, une organisation des services pour qu'ils soutiennent au lieu d'entraver la création de synergies entre des programmes dont la structure est souvent verticale, un alignement des principes du système de santé et des objectifs de développement national sur ceux qui

soutiennent la lutte nationale contre le VIH, et des travailleurs de santé et communautaires plus motivés et mieux formés¹⁶⁻¹⁸.

41. Les pays à revenu faible ou intermédiaire peuvent aussi jouer un rôle plus important au niveau de la santé mondiale grâce à des partenariats de recherche et développement public-privé innovants et grâce à une augmentation du nombre de réseaux de recherche sur les politiques et la mise en œuvre contrôlés par le Sud¹⁹. Ces initiatives doivent être systématiquement soutenues par les pouvoirs publics et les établissements de recherche du Nord et du Sud.

Gérer les priorités de financement

42. La dépendance vis-à-vis de ressources externes pour financer les activités de prévention du VIH peut créer des distorsions au niveau des priorités d'investissement. Il faut un leadership plus puissant de la part des dirigeants politiques, de la sphère économique et du monde de la culture pour conduire les initiatives nationales de prévention du VIH dans le sens requis par chaque épidémie nationale¹. Une plus grande diversification des financements – assortie d'une appropriation nationale renforcée et d'une augmentation des contributions des pays à revenu intermédiaire – peut contribuer à résoudre le problème de distorsion lié aux financements qui affectent la riposte au VIH². Il faut une prise de conscience politique plus importante du fait que des investissements intelligents dans la prévention du VIH génèrent aussi des résultats significatifs pour la société considérée dans son ensemble².
43. Il est fréquent que des mesures de prévention du VIH éprouvées ciblant les populations clés ne soient pas mises en œuvre pour des raisons politiques ou idéologiques. Il est souvent impopulaire au plan politique d'allouer des ressources à des populations marginalisées. Par exemple, les initiatives de réduction des risques se sont révélées efficaces pour réduire le risque de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, mais ces méthodes sont ignorées dans de nombreux pays ou doivent lutter contre des politiques plus générales de lutte contre les drogues qui vont à l'encontre de la réduction des risques, notamment la criminalisation de la consommation de drogues et l'incarcération des consommateurs de drogues injectables¹⁵.

Mise en œuvre rapide des innovations scientifiques

44. Au cours des dernières années, il y a eu de très nombreuses recherches à l'appui des innovations en matière de prévention du VIH, comme la circoncision médicale masculine, le traitement comme moyen de prévention, les microbicides vaginaux et l'utilisation de médicaments antirétroviraux comme traitement pré-exposition^{6-8 9 10}. Pour optimiser les avantages des nouvelles stratégies à mesure qu'elles passent du stade de la preuve d'un concept scientifique au stade de la démonstration d'un impact sur la santé publique, il faut intégrer des systèmes pour réduire les retards inutiles, en particulier dans les milieux où les ressources sont limitées.
45. Bien que l'élimination de la transmission mère-enfant d'ici à 2015 soit un objectif atteignable, on constate d'importantes disparités entre les 22 pays prioritaires visés par le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie – avec 1/3 de ces pays en bonne voie pour atteindre cet objectif, 1/3 dans lesquels il faut accélérer l'action pour l'atteindre et 1/3 qui ne sont actuellement pas sur la bonne voie².

Par exemple, l'Afrique du Sud, la Zambie et le Zimbabwe ont enregistré une baisse des infections chez les enfants de 49 %, 55 % et 45 %, respectivement, alors que d'autres pays n'ont enregistré que peu ou pas de progrès dans ce domaine.

Nécessité d'élargir et d'intensifier le continuum prévention-traitement

46. L'utilisation du traitement antirétroviral pour prévenir une poursuite de la propagation du VIH s'est révélée extrêmement efficace dans certains contextes, comme par exemple pour éliminer la transmission mère-enfant du virus dans les milieux dotés de ressources élevées et la contamination au sein des couples sérodiscordants – selon une étude récente, le risque de transmission du VIH a été réduit de 96 % lorsque le partenaire infecté par le VIH recevait un traitement précoce (dans l'environnement contrôlé d'un essai clinique parmi des couples sérodiscordants)²³⁻²⁷.
47. Même si une promotion à grande échelle du traitement précoce comme moyen de prévention peut changer la donne au niveau des dynamiques de l'épidémie, atteindre cet impact dans le monde réel soulève des difficultés opérationnelles considérables^{25 28 29}. Même si 90 % des membres d'un groupe de population donné entrent dans le système de soins et y restent à tous les stades (diagnostic, évolution en temps voulu vers des soins du VIH, maintien dans le système de soins, observance à long terme d'un traitement antirétroviral efficace), les modèles indiquent qu'au mieux, on pourrait avoir une disparition de la charge virale dans seulement deux tiers des cas²⁶. D'autres réflexions importantes portent sur l'impact potentiel d'un nombre disproportionné de nouvelles infections transmises par ceux dont l'infection aiguë n'est pas détectable avec des tests de dépistage des anticorps standard²⁵. On s'interroge actuellement pour savoir à quel point cette situation pourrait compromettre le traitement comme moyen de prévention³⁰.
48. Il est clair qu'étendre le traitement comme moyen de prévention nécessitera de sérieuses améliorations au niveau des infrastructures de prise en charge du VIH et des ressources humaines de santé³¹. Le suivi de l'accès aux soins est un problème particulier lorsque l'épidémie se propage parmi des groupes marginalisés qui sont confrontés à des obstacles pour accéder aux services de santé^{26 27}.

Tirer le maximum des opportunités offertes par des approches de prévention basées sur les antirétroviraux

49. Les personnes vivant avec le VIH ont joué un rôle déterminant dans les campagnes en faveur d'un élargissement de l'accès au traitement antirétroviral, ce qui a favorisé l'émergence d'un mouvement mondial de solidarité. L'environnement matériel et social de mise en œuvre des interventions biomédicales est d'autant plus important dans le contexte du traitement comme moyen de prévention, notamment parmi les populations marginalisées³⁴. Il faut entreprendre d'autres recherches sur le contexte social d'une large promotion du traitement comme moyen de prévention ainsi que des études sur sa faisabilité opérationnelle²⁸. De nombreux travaux sont en cours qui examinent l'efficacité et la faisabilité du traitement antirétroviral précoce comme moyen de prévention.
50. Comprendre l'impact du traitement comme moyen de prévention et décider de son utilisation optimale nécessitera des contributions de nombreux acteurs, y compris ceux des domaines de l'épidémiologie, de l'économie, de la

démographie, des statistiques, de la biologie et de la modélisation mathématique³⁵. La difficulté que l'on a à réduire les coûts fait actuellement obstacle à l'élargissement de l'utilisation du traitement comme moyen de prévention, à la fois au niveau des médicaments eux-mêmes et de l'infrastructure de fourniture. Il faut réfléchir davantage au renforcement d'une main-d'œuvre communautaire capable de soigner et de suivre des patients stables sous traitement antirétroviral²⁸.

51. Il est nécessaire de maintenir et de développer des partenariats plus solides avec l'industrie pharmaceutique et d'autres partenaires, tels que les universités et les pouvoirs publics, pour garantir la pérennité des programmes de traitement comme moyen de prévention²³. Au-delà de la question du traitement comme moyen de prévention, l'absence de guérison et de vaccin restent des défis à relever²³.

Coûts des médicaments antirétroviraux et approvisionnement

52. Dans le temps, le traitement antirétroviral génère des coûts cumulés substantiels. Une estimation récente des coûts d'un élargissement de l'accès universel au traitement d'ici à 2015 (et d'un maintien de la couverture ultérieurement) s'appuie sur l'hypothèse que l'on enregistrera des réductions substantielles des coûts unitaires de traitement par personne dans les dix prochaines années ; cela étant, les coûts cumulés de traitement jusqu'en 2020 devraient néanmoins atteindre quelque US\$ 60 milliards³⁶. En ce qui concerne les nouveaux médicaments antirétroviraux, les produits en préparation sont moins nombreux compte tenu de la saturation actuelle du marché et de la concurrence accrue des médicaments de première intention à mesure qu'ils ne sont plus couverts par des brevets. Le maintien des chaînes d'approvisionnement en médicaments et la disponibilité des outils de suivi de l'impact sont également des sujets de préoccupation²⁸.

Problèmes de l'observance à long terme et de la prévention de la résistance aux médicaments

53. Les médicaments antirétroviraux ont des effets secondaires et d'autres problèmes pharmacologiques peuvent survenir tels que le rebond de la charge virale et l'échec du traitement²⁸. La résistance aux médicaments est un problème inévitable, en particulier la résistance aux médicaments utilisés à la fois pour la prophylaxie et le traitement de la maladie^{25 27}. Il existe de nouvelles solutions technologiques potentielles à certains de ces problèmes, grâce aux recherches en cours sur la manière d'améliorer la fourniture des médicaments afin d'aider à l'observance, tels que les formulations pour les injections sous-cutanées et vaginales qui peuvent être renouvelées périodiquement et les méthodes de fourniture contrôlés par les femmes^{23 25 27}.
54. Les interventions biomédicales, telles que le traitement comme moyen de prévention, s'appuient aussi sur des composantes comportementales clés pour être efficaces – par exemple, motiver les clients pour qu'ils restent dans le système de soins et maintenir des niveaux élevés d'observance du traitement. Ces aspects comportementaux sont essentiels non seulement pour l'efficacité du traitement mais aussi pour réduire le risque de résistance aux médicaments²⁵. On ne sait pas dans quelle mesure l'observance variera entre ceux dont la motivation est liée à leur propre survie et ceux qui veulent protéger leurs partenaires sexuels.

Questions d'éthique autour de la hiérarchisation des priorités et de l'allocation des médicaments antirétroviraux

55. Dans les pays les plus durement touchés par le VIH, le traitement comme moyen de prévention soulève des questions d'éthique du type : Faut-il allouer en priorité le traitement à la survie des malades ou à la prévention ? La question n'est pas insignifiante car près de la moitié de ceux qui ont besoin d'un traitement antirétroviral pour soigner leur propre infection à VIH ne peuvent actuellement pas y avoir accès²⁷.
56. Certains ont suggéré que l'on intensifie la collecte de données probantes à partir desquelles on peut prendre des décisions éclairées fondées sur certains critères pour accorder la priorité au traitement antirétroviral comme prévention, même si certains groupes sont déjà prioritaires en vertu des directives existantes, c'est-à-dire les personnes vivant avec le VIH qui ont une tuberculose aiguë et les femmes enceintes indépendamment du nombre de leurs cellules CD4³³.

Comment influencer et mesurer les changements de comportements et sociaux

57. Les programmes promouvant les changements de comportements incluent le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale. Ils ont pour objectif de faciliter et d'accélérer systématiquement les changements de comportements et sociaux liés aux moteurs sous-jacents du risque d'infection et de vulnérabilité au VIH³⁶.
58. Bien que l'on ait toujours pensé aux programmes axés sur l'évolution des comportements principalement en termes de communication sur les changements des comportements et sociaux, il est de plus en plus prouvé que ces programmes devraient être envisagés comme une combinaison de programmes de communication et de changement structurel visant à influencer sur les normes sociales et les attentes⁵⁸. Pour que les programmes ciblant les changements de comportements soient efficaces, ils doivent être capables d'associer une participation communautaire et d'utiliser des médias grand public ainsi que d'autres circuits de communication. Il semble que les interventions ont plus d'impact lorsqu'elles ont une composante fondée sur le contact entre les personnes³⁷. De la sorte, les programmes promouvant les changements de comportements peuvent agir comme des catalyseurs de l'action à différents niveaux, à l'échelon des personnes, des communautés et des politiques.

Communication

59. La communication entre les personnes vise à s'attaquer aux obstacles à l'adoption de comportements sans risque, contribue à accroître l'utilisation des services et imprègne un plus grand sens de la responsabilité personnelle vis-à-vis des choix de santé. Ces interventions peuvent prendre la forme d'une sensibilisation individuelle, de discussions en petits groupes, d'un service de conseil et d'une interaction entre fournisseur et client.
60. Les programmes qui touchent les milieux dans lesquels les gens vivent et travaillent ont révélé certains avantages. Par exemple, une initiative de conseil et de test VIH à domicile, mise en place en Ouganda, a permis d'augmenter fortement et rapidement le taux de recours au test de dépistage ; il est aussi possible qu'elle ait conduit à une diminution des comportements sexuels à haut risque chez les participants à l'étude ainsi qu'à des niveaux plus faibles de

stigmatisation et de discrimination³⁸. De même, un examen des interventions de conseil et de test sur le lieu de travail a montré qu'elles débouchaient sur un plus grand nombre de dépistages que les initiatives consistant à donner un bon aux employés pour qu'ils aillent se faire tester ailleurs³⁹.

61. Il existe aujourd'hui plus de circuits médias que jamais, depuis les dispositifs conventionnels tels que les panneaux d'affichage, la télévision, les publications et la culture populaire jusqu'à de nouveaux outils tels que les médias sociaux, les téléphones mobiles et l'Internet⁴⁰. Outre la transmission d'informations factuelles, les médias grand public peuvent servir à promouvoir un environnement porteur pour la prévention du VIH en luttant, par exemple, contre la stigmatisation et en abordant les questions de normes sociales et sexospécifiques³⁶.

Résultats des programmes axés sur les changements de comportements

62. Les interventions visant à faire évoluer les comportements fondées sur des relations entre les personnes et sur les médias sont très largement utilisées, de même que les programmes combinant ces deux composantes⁴¹. Des données probantes montrent que ces initiatives peuvent améliorer les connaissances et promouvoir des changements des comportements, mais les preuves de leur influence au niveau collectif sont plus contrastées.
63. Une méta-analyse de 42 études axées sur la réduction du risque de transmission sexuelle a révélé que les interventions comportementales peuvent réduire l'incidence des infections sexuellement transmissibles et du VIH grâce à l'adoption de comportements à moindre risque⁴². De même, un examen systématique et une méta-analyse de 19 études sur des interventions comportementales ciblant des personnes vivant avec le VIH ont montré que ces programmes peuvent entraîner une plus grande utilisation du préservatif, en particulier au sein des couples sérodiscordants⁴³.
64. Toutefois, une méta-analyse de 46 interventions comportementales en Asie a révélé que bien qu'elles aient été globalement efficaces pour réduire le risque de transmission sexuelle, leur impact a été d'une ampleur très variable. Cela est imputable en partie à la conception de l'étude et en partie à des facteurs structurels⁴⁴. Un examen systématique et une méta-analyse de 30 études sur des initiatives d'éducation par les pairs ont découvert que bien que celles-ci aient influencé de façon positive les comportements (connaissances sur le VIH, partage limité des matériels d'injection, augmentation de l'utilisation du préservatif), elles n'ont pas eu d'impact sur l'incidence des infections sexuellement transmissibles⁴⁵. Un examen systématique d'essais contrôlés randomisés de la promotion du préservatif n'a pas mis au jour de preuves significatives de leur efficacité au niveau de l'utilisation des préservatifs⁴⁶.
65. Le programme régional Soul City composé des programmes de huit pays d'Afrique australe utilise des supports imprimés, des séries TV et des émissions de radio pour véhiculer des messages promouvant la santé. Une évaluation du programme a montré que la population était largement exposée aux médias Soul City et que, globalement, le projet atteignait son objectif, à savoir faire que 15 % des personnes exposées adoptent des changements positifs au niveau de leur comportement face à la prévention du VIH, que 20 % acquièrent davantage de connaissances et que 15 % fassent preuve d'une attitude plus positive à l'égard des personnes vivant avec le VIH⁴⁷. Le programme a notamment favorisé une augmentation des dépistages, une amélioration des connaissances sur le traitement antirétroviral et une diminution des niveaux de stigmatisation.

66. Les messages de prévention du VIH délivrés *via* de multiples canaux, notamment les médias grand public et les interventions dans des églises et des écoles et sur les lieux de travail, ainsi que les programmes fondés sur la communication entre les personnes, sont tous considérés comme contribuant à réduire les taux de VIH au Zimbabwe⁴⁸. De même, l'étude d'un programme confessionnel d'éducation par les pairs ciblant les jeunes en Afrique du Sud a montré qu'il renforçait l'utilisation du préservatif et favorisait le report à une date ultérieure des premiers rapports sexuels⁴⁹.
67. Les succès de la Thaïlande en matière de prévention du VIH – dont on a beaucoup parlé – peuvent être attribués à des multiples interventions, notamment une éducation sexuelle en milieu scolaire, des programmes de sensibilisation de proximité, des initiatives régulières de conseil et de test volontaires du VIH et la promotion du préservatif. Pourtant, les données probantes concernant l'efficacité de ces interventions parmi les populations fortement exposées au risque d'infection sont limitées⁵⁰.
68. Les programmes ciblant un changement de comportement parmi les jeunes ont eu des résultats contrastés. Des programmes de transferts d'argent ont révélé qu'ils favorisaient une réduction de l'infection à VIH chez les filles en âge d'être scolarisée au Malawi et un examen des interventions visant les jeunes et la communauté dans son ensemble en Afrique subsaharienne a constaté une diminution des comportements sexuels à risque. À l'inverse, d'autres études ont découvert que des interventions visant les jeunes avaient eu un impact limité⁵¹⁻⁵⁵.

Mesurer l'impact

69. Il est essentiel de suivre l'impact des programmes visant à promouvoir les changements de comportements à la fois pour favoriser l'engagement local et pour garantir la mise à grande échelle et la réplication de programmes efficaces³⁶. Cependant, les campagnes axées sur les comportements ont tendance à souffrir de la faiblesse de leur composante d'évaluation⁵⁶. Bien que les interventions axées sur les comportements ne se prêtent pas facilement au suivi, comparées aux interventions biomédicales que l'on peut évaluer dans le cadre d'essais contrôlés randomisés, des modèles mathématiques peuvent servir pour quantifier la corrélation entre les interventions comportementales et la réduction des comportements à risque⁵⁷.
70. La comparaison du rapport coût-efficacité des interventions comportementales est un domaine de recherche insuffisamment développé et bien que certaines interventions soient efficaces pour sensibiliser les personnes, cela ne se traduit pas nécessairement par un impact présentant un bon rapport coût-efficacité au niveau des changements de comportements⁴¹.

Une promotion et un soutien permanents de la prévention combinée sont nécessaires

71. L'expansion massif du traitement du VIH au cours des dernières années a permis d'allonger la vie des personnes et de réduire de façon considérable les décès liés au sida, mais ne permettra pas de sortir définitivement de l'épidémie. Pour 3 personnes mises sous traitement, 5 sont nouvellement infectées.

72. La prévention reste notre outil le plus puissant pour atteindre l'objectif de zéro nouvelle infection et il faut que les progrès soient maintenant plus rapides. La prévention est économique et efficace, comme le montrent de nombreux exemples : depuis une chute de plus de 25 % de la prévalence du VIH chez les jeunes entre 2001 et 2009 dans 15 des pays les plus durement touchés grâce à des changements au niveau des comportements sexuels, à des réductions de l'incidence du VIH chez les hommes circoncis et jusqu'au succès de la mise en œuvre des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues/des traitements de substitution aux opiacés pour réduire le risque de transmission du VIH dans les épidémies dynamisées par la consommation de drogues.
73. L'importance de la prévention a été réaffirmée lors de la réunion de haut niveau sur le sida de 2011. Trois objectifs audacieux de prévention ont été formulés dans la nouvelle Déclaration politique sur le VIH et le sida « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida ». Les pays se sont engagés d'ici à 2015 à :
- a) réduire de moitié la transmission sexuelle du VIH,
 - b) réduire de moitié la transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, et
 - c) éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire de façon substantielle les décès maternels liés au sida.

La prévention combinée est efficace

74. La prévention est efficace mais elle ne consiste pas en une intervention « unique ». Seule la combinaison de programmes générera des résultats. Les initiatives de prévention combinée doivent rassembler des interventions structurelles, comportementales et biomédicales éprouvées qui présentent un bon rapport coût-efficacité et sont adaptées à chaque épidémie. En outre, les programmes doivent toujours répondre aux besoins locaux, être mis en œuvre à une échelle suffisante et suivis de près au niveau de leur couverture et de leur impact.
75. La stigmatisation, la discrimination, l'inégalité des sexes et la criminalisation sont les principaux obstacles à la prévention du VIH. Ces facteurs structurels qui entravent une prévention efficace ne peuvent être traités que dans un contexte local et national. Il n'est possible de dépasser ces obstacles que lorsque les composantes de la prévention sont élaborées avec le concours plein et entier des communautés affectées et lorsqu'elles promeuvent les droits humains et l'égalité des sexes.

Problèmes liés à la prévention combinée

76. La prévention combinée pose aussi ses propres problèmes en termes de planification, de mise en œuvre et d'évaluation. Toutes ces étapes sont complexes et reposent sur l'harmonisation d'une combinaison d'activités pluridisciplinaires et spécifiques au contexte qui doivent fonctionner ensemble afin d'obtenir l'impact optimal.
77. Les pays doivent abandonner l'approche régie par les biens qui, pendant trop longtemps, a considéré les composantes des programmes de façon isolée. Les pays doivent plutôt maximiser la rentabilité des ressources investies, en particulier dans le contexte économique difficile actuel dans lequel l'optimisation des ressources est une priorité.

78. Il est nécessaire de mettre en place une riposte au VIH plus coordonnée et mieux ciblée grâce à une prévention combinée. Cela implique une mise à grande échelle des approches programmatiques combinées axées à la fois sur les impacts à court et à long terme, ainsi que des approches qui traitent les risques immédiats et les causes sous-jacentes des risques.

RECOMMANDATIONS

Compte tenu des discussions du segment thématique de la réunion de juin 2012, le Conseil est invité à :

79. Prendre note du rapport de synthèse de la Session thématique sur la prévention combinée.
80. Prier les gouvernements à travailler avec les établissements de recherche des secteurs public et privé, et avec la société civile, en particulier les personnes vivant avec et affectées par le VIH, pour recenser les principaux obstacles – en particulier les faiblesses au niveau des ressources humaines et des systèmes – à la mise en œuvre des progrès de la recherche scientifique sur le VIH dans tous les milieux.
81. Lancer un appel pour que toutes les ripostes nationales au sida soient éclairées par les données probantes de l'impact et de l'efficacité les plus récentes, y compris l'utilisation dans tous les milieux des estimations de l'incidence du VIH validées au moyen des meilleures méthodes disponibles.
82. Prendre note avec préoccupation de l'impact de l'abandon aux différents stades du continuum de soins des personnes vivant avec le VIH, en conséquence de quoi elles n'ont plus accès à, ou non continuent pas de suivre, des traitements et des soins pleinement efficaces. Le Conseil de Coordination du Programme est également invité à lancer un appel pour que des mesures soient prises de toute urgence pour réduire les obstacles et le nombre d'abandons au sein des différents stades de ce continuum afin de parvenir au résultat visé – le maintien en vie des personnes et l'arrêt des nouvelles infections.
83. Demander à l'ONUSIDA, avec le concours des partenaires de recherche et de mise en œuvre, d'affiner les méthodes pour évaluer l'impact des programmes axés sur les changements de comportements afin d'obtenir l'impact le plus fort et d'optimiser l'utilisation des ressources.
84. Prendre note des objectifs et cibles de prévention du VIH adoptés dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida » (2011) qui invite les gouvernements, les administrateurs de programmes, les donateurs, la société civile et toutes les parties prenantes à soutenir et étendre la portée d'interventions de prévention combinée efficaces et éclairées par le concret.

RÉFÉRENCES

1. Communiqué à l'appui de la Déclaration de la Commission de haut niveau sur la prévention du VIH de l'ONUSIDA, 1^{er} décembre 2010 : Commission de haut niveau sur la prévention du VIH de l'ONUSIDA, 2010.
2. Together we will end AIDS (en anglais seulement). Genève, Suisse Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2012.
3. Déclaration politique sur le VIH et le sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida. Dans : Assembly UNG, Publication : Assemblée générale des Nations Unies, 2011.
4. Laga M, Rugg D, Peersman G, Ainsworth M. Evaluating HIV prevention effectiveness: the perfect as the enemy of the good. *AIDS* 2012;26(7):779-83 10.1097/QAD.0b013e328351e7fb. (en anglais seulement)
5. Kamarulzaman A. Impact of HIV Prevention Programs on Drug Users in Malaysia. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2009;52:S17-S19 10.1097/QAI.0b013e3181bbc9af. (en anglais seulement)
6. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A. Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial. *PLoS Med* 2005;2(11):e298. (en anglais seulement)
7. Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, Krieger JN, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2007;369(9562):643-56. (en anglais seulement)
8. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *The Lancet* 2007;369(9562):657-66. (en anglais seulement)
9. Abdool Karim Q, Abdool Karim SS, Frohlich JA, Grobler AC, Baxter C, Mansoor LE, et al. Effectiveness and Safety of Tenofovir Gel, an Antiretroviral Microbicide, for the Prevention of HIV Infection in Women. *Science* 2010;329(5996):1168-74. (en anglais seulement)
10. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *New England Journal of Medicine* 2010;363(27):2587-99. (en anglais seulement)
11. Piot P, Bartos M, Larson H, Zewdie D, Mane P. Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention. *The Lancet* 2008;372(9641):845-59. (en anglais seulement)
12. Sgaier SK, Claeson M, Gilks C, Ramesh BM, Ghys PD, Wadhvani A, et al. Knowing your HIV/AIDS epidemic and tailoring an effective response: how did India do it? *Sexually Transmitted Infections* 2012;88(4):240-49. (en anglais seulement)
13. Pisani E, Lazzari S, Walker N, Schwartländer B. HIV Surveillance: A Global Perspective. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2003;32:S3-S11. (en anglais seulement)
14. Strathdee SA, Magis-Rodriguez C, Mays VM, Jimenez R, Patterson TL. The Emerging HIV Epidemic on the Mexico-U.S. Border: An International Case Study Characterizing the Role of Epidemiology in Surveillance and Response. *Annals of epidemiology* 2012;22(6):426-38. (en anglais seulement)
15. Modélisation de la distribution de l'incidence attendue à court terme, par groupes à risques, pour les infections à VIH - manuel. Genève, Suisse, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007.
16. Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, Bastlas G, Chopra M, Ciapponi A, et al. Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care

- systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews. *The Lancet* 2008;372(9642):928-39. (en anglais seulement)
17. Mathauer I, Imhoff I. Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health* 2006;4(1):24. (en anglais seulement)
 18. Tkatchenko-Schmidt E, Atun R, Wall M, Tobi P, Schmidt J, Renton A. Why do health systems matter? Exploring links between health systems and HIV response: a case study from Russia. *Health Policy and Planning* 2010;25(4):283-91. (en anglais seulement)
 19. Gardner CA, Acharya T, Yach D. Technological And Social Innovation: A Unifying New Paradigm For Global Health. *Health Affairs* 2007;26(4):1052-61. (en anglais seulement)
 20. Gupta GR, Parkhurst JO, Ogden JA, Aggleton P, Mahal A. Structural approaches to HIV prevention. *The Lancet* 2008;372(9640):764-75. (en anglais seulement)
 21. Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *The Lancet* 2008;372(9639):669-84. (en anglais seulement)
 22. Marcos Y, Phelps B., Bachman, G. Community strategies that improve care and retention along the prevention of mother-to-child transmission of HIV cascade: a review. *Journal of the International AIDS Society* 2012;15((Suppl 2):17394). (en anglais seulement)
 23. Hirsch MS, Kuritzkes DR. The Future of HIV Treatment. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2012;60:S39-S40
10.1097/QAI.0b013e318258bc9f. (en anglais seulement)
 24. Cohen MS CYQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1105243?query=OF&&>. *New England Journal of Medicine* 2011;365:493-505. (en anglais seulement)
 25. Padian NS, Isbell MT, Russell ES, Essex M. The Future of HIV Prevention. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2012;60:S22-S26
10.1097/QAI.0b013e31825b7100. (en anglais seulement)
 26. van de Laar M J PA. Treatment as prevention: will it work? *Eurosurveillance* 2011;16(48):1-2. (en anglais seulement)
 27. Laga M, Piot P. Prevention of sexual transmission of HIV: real results, science progressing, societies remaining behind. *AIDS* 2012;26(10):1223-29
10.097/QAD.0b013e32835462b8. (en anglais seulement)
 28. Williams B, Wood R, Dukay V, Delva W, Ginsburg D, Hargrove J, et al. *Treatment as prevention: preparing the way*, 2011. (en anglais seulement)
 29. Wilson DP. HIV Treatment as Prevention: Natural Experiments Highlight Limits of Antiretroviral Treatment as HIV Prevention. *PLoS Med* 2012;9(7):e1001231. (en anglais seulement)
 30. Cohen MS, Dye C, Fraser C, Miller WC, Powers KA, Williams BG. HIV Treatment as Prevention: Debate and Commentary—Will Early Infection Compromise Treatment-as-Prevention Strategies? *PLoS Med* 2012;9(7):e1001232. (en anglais seulement)
 31. Mayer K H KD. Antiretroviral Medication and HIV Prevention: New Steps Forward and New Questions. *Annals of Internal Medicine* 2012;156(4):312-14. (en anglais seulement)
 32. Bärnighausen T, Salomon JA, Sangrujee N. HIV Treatment as Prevention: Issues in Economic Evaluation. *PLoS Med* 2012;9(7):e1001263. (en anglais seulement)
 33. Wim D E, J W, Meng F, et al. HIV Treatment as Prevention: Optimising the Impact of Expanded HIV Treatment Programmes. *PLoS Medicine* 2012;9(7). (en anglais seulement)

34. Small W KT. HIV Treatment as Prevention and the Role of Applied Social Science Research. *Journal of AIDS & Clinical Research* 2011;2(6). (en anglais seulement)
35. HIV Treatment as Prevention: Models, Data, and Questions—Towards Evidence-Based Decision-Making. The HIV Modelling Consortium Treatment as Prevention Editorial Writing Group. *PLoS Med* 2012;9(7):e1001259. (en anglais seulement)
36. Schwartlander B SJ, Hallett T et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS, supplementary web appendix. *The Lancet* 2011;377(9782):2031-41. (en anglais seulement)
37. Bollinger LA. How can we calculate the "E" in "CEA"? *AIDS* 2008;22:S51-S57 10.1097/01.aids.0000327623.31856.45. (en anglais seulement)
38. Nuwaha F KS, et al. Effect of home-based HIV counselling and testing on stigma and risky sexual behaviours: serial cross-sectional studies in Uganda. *Journal of the International AIDS Society* 2012. (en anglais seulement)
39. Olumuyiwa O VJH, et al. Interventions to reduce risky sexual behaviour for preventing HIV infection in workers in occupational settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;12. (en anglais seulement)
40. Thirumurthy H LR. M-health for health behaviour change in resource-limited settings: applications to HIV care and beyond. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 2012;90:390-92. (en anglais seulement)
41. Hsu J, Zinsou C, Parkhurst J, N'Dour M, Foyet L, Mueller DH. Comparative costs and cost-effectiveness of behavioural interventions as part of HIV prevention strategies. *Health Policy and Planning* 2012. (en anglais seulement)
42. Scott-Sheldon LAJ H-MT, et al. Efficacy of Behavioral Interventions to Increase Condom Use and Reduce Sexually Transmitted Infections: A Meta-Analysis, 1991 to 2010. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2011;58(5):489-98. (en anglais seulement)
43. Kennedy CE MA, et al. Behavioural interventions for HIV positive prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 2010(88):615-23. (en anglais seulement)
44. Tan JY, Huedo-Medina TB, Warren MR, Carey MP, Johnson BT. A meta-analysis of the efficacy of HIV/AIDS prevention interventions in Asia, 1995–2009. *Social Science & Medicine* 2012;75(4):676-87. (en anglais seulement)
45. Medley A, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat M. Effectiveness of Peer Education Interventions for HIV Prevention in Developing Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS Education and Prevention* 2009;21(3):181-206. (en anglais seulement)
46. Free C, Roberts IG, Abramsky T, Fitzgerald M, Wensley F. A systematic review of randomised controlled trials of interventions promoting effective condom use. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2011;65(2):100-10. (en anglais seulement)
47. Soul City Institute Regional Programme. 2002-2007 Impact Evaluation Summary: Soul City, 2008. (en anglais seulement)
48. Halperin D T MO, et al. A Surprising Prevention Success: Why Did the HIV Epidemic Decline in Zimbabwe?. *PLoS Medicine* 2011;8(2). (en anglais seulement)
49. Mash R, Mash RJ. A quasi-experimental evaluation of an HIV prevention programme by peer education in the Anglican Church of the Western Cape, South Africa. *BMJ Open* 2012;2(2). (en anglais seulement)
50. Pattanaphesaj J TY. Reviewing the evidence on effectiveness and cost-effectiveness of HIV prevention strategies in Thailand. *BMC Public Health* 2010;10:401. (en anglais seulement)
51. Baird SJ, Garfein RS, McIntosh CT, Ozler B. Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial. *The Lancet* 2012. (en anglais seulement)

52. Napierala Mavedzenge SM, Doyle AM, Ross DA. HIV Prevention in Young People in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine* 2011;49(6):568-86. (en anglais seulement)
53. Doyle AM, Ross DA, Maganja K, Baisley K, Masesa C, Andreasen A, et al. Long-Term Biological and Behavioural Impact of an Adolescent Sexual Health Intervention in Tanzania: Follow-up Survey of the Community-Based MEMA kwa Vijana Trial. *PLoS Med* 2010;7(6):e1000287. (en anglais seulement)
54. Maticka-Tyndale E, Barnett JP. Peer-led interventions to reduce HIV risk of youth: A review. *Evaluation and Program Planning* 2010;33(2):98-112. (en anglais seulement)
55. Paul-Ebhohimhen VA PA, et al. A systematic review of school-based sexual health interventions to prevent STI/HIV in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health* 2008;8(4):1-13. (en anglais seulement)
56. Noar SM, Palmgreen P, Chabot M, Dobransky N, Zimmerman RS. A 10-Year Systematic Review of HIV/AIDS Mass Communication Campaigns: Have We Made Progress? *Journal of Health Communication* 2009;14(1):15-42. (en anglais seulement)
57. Hallett TB, Gregson S, Mugurungi O, Gonese E, Garnett GP. Assessing evidence for behaviour change affecting the course of HIV epidemics: A new mathematical modelling approach and application to data from Zimbabwe. *Epidemics* 2009;1(2):108-17. (en anglais seulement)
58. Marteau, T.Hollands G et Fletcher P Changing Human Behavior to Prevent Disease: The Importance of Targeting Automatic Processes *Science* 21 septembre 2012: 337 (6101), 1492-1495. [DOI:10.1126/science.1226918] (en anglais seulement)

[Fin du document]