

VERS UN ACCÈS UNIVERSEL

Étendre les interventions prioritaires liées au
VIH/sida dans le secteur de la santé

Rapport de situation **2008**



Organisation
mondiale de la Santé



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONUS
OIT
UNES
OMS
BANQ

unicef 

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé : rapport de situation 2008.

1. SIDA - prévention et contrôle. 2. SIDA - thérapeutique. 3. Infection à VIH - prévention et contrôle. 4. Infection à VIH - thérapeutique. 5. Accessibilité service santé. 6. Thérapie antirétrovirale hautement active. 7. Transmission verticale maladie - prévention et contrôle. I. Organisation mondiale de la Santé. II. ONUSIDA. III. UNICEF.

ISBN 978 92 4 259688 5

(NLM classification: WC 503.6)



© Organisation mondiale de la Santé 2008

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé 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. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Espagne

VERS UN ACCÈS UNIVERSEL

Étendre les interventions prioritaires liées
au VIH/sida dans le secteur de la santé

Rapport de situation **2008**

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	5
Résumé analytique	7
1. Introduction	9
1.1 Informations générales	9
1.2 Sources des données et méthodes	11
1.3 Structure du rapport	12
2. Traitement et soins des personnes vivant avec le VIH	15
2.1 Traitement antirétroviral	16
2.1.1 Couverture du traitement antirétroviral dans le monde	16
2.1.2 Extension de la disponibilité du traitement antirétroviral	20
2.1.3 Équité d'accès au traitement antirétroviral	22
2.1.4 Impact et résultats de l'extension du traitement antirétroviral	26
2.1.5 Prévention et évaluation de la pharmacorésistance du VIH	27
2.1.6 Schémas thérapeutiques antirétroviraux	28
2.1.7 Prix des médicaments antirétroviraux	32
2.1.8 Services de laboratoire	35
2.2 Soins et prise en charge de la coinfection VIH/tuberculose et d'autres types de comorbidité	36
2.2.1 Répondre à l'épidémie double de VIH et de tuberculose	36
2.2.2 VIH et hépatite virale	43
2.2.3 VIH et autres comorbidités	44
3. Conseil et dépistage du VIH	49
3.1 Disponibilité et couverture du conseil et du dépistage du VIH dans le monde	50
3.2 Prestation des services de conseil et de dépistage du VIH	55
3.3 Extension du conseil et dépistage à l'initiative du soignant	56
3.4 Diversification des méthodes d'extension du conseil et du dépistage du VIH	59
3.5 Répondre aux inquiétudes relatives à la pratique du conseil et du dépistage du VIH	60
4. Interventions du secteur de la santé pour prévenir la transmission du VIH	63
4.1 Prévention de l'infection par le VIH dans les populations les plus exposées	64
4.1.1 Les professionnel(le)s du sexe et leurs clients	64
4.1.2 Les consommateurs de drogues injectables	66
4.1.3 Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes	68
4.1.4 Les prisonniers	69
4.2 Prévention et soins pour les personnes vivant avec le VIH	71
4.3 Circoncision	71
4.4 Prévention de la transmission du VIH dans les établissements de santé	73

5. Extension des services de prise en charge du VIH pour les femmes et les enfants	79
5.1 Prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer	83
5.2 Prévention des grossesses non désirées chez les femmes qui vivent avec le VIH	85
5.3 Prévention de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant	86
5.3.1 Conseil et dépistage du VIH	86
5.3.2 Antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant	88
5.3.3 Schémas thérapeutiques antirétroviraux	92
5.3.4 Alimentation du nourrisson	93
5.4 Traitement, soins et soutien des femmes vivant avec le VIH et de leurs enfants	94
5.4.1 Extension de l'accès des femmes enceintes au traitement antirétroviral	94
5.4.2 Diagnostic du VIH chez le nourrisson	95
5.4.3 Prophylaxie au cotrimoxazole	96
5.4.4 Traitement antirétroviral chez l'enfant	97
 6. Renforcement des systèmes de santé et de l'information sanitaire	 103
6.1 Renforcement des systèmes de santé	104
6.2 Intégration des services relatifs au VIH dans les soins de santé primaires	107
6.3 Investir en faveur de l'information sanitaire	108
 7. Vers un accès universel : la voie du progrès	 113
 Annexes statistiques	 117
Annexe 1 Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral et ayant besoin d'un traitement antirétroviral, et taux de couverture	117
Annexe 2 Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, par sexe et par âge	124
Annexe 3 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	128
Annexe 4 Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral et ayant besoin d'un traitement antirétroviral et d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, et taux de couverture dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, par régions de l'OMS et de l'UNICEF	134
Classement des pays à revenu faible ou intermédiaire par niveau de revenu, niveau d'épidémie et situation géographique, régions de l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF	135
Notes explicatives	140

AVANT-PROPOS

Il y a deux ans, lors de la Rencontre de haut niveau sur le VIH/sida organisée dans le cadre de l'Assemblée générale (UNGASS), les États membres de l'Organisation des Nations Unies se sont engagés à avancer le plus possible vers l'objectif d'un accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui à l'horizon 2010. Alors que cette échéance approche, ce rapport dresse le bilan de ce qui a été accompli jusqu'à présent. Les progrès dans le secteur de la santé sont une mesure fondamentale des progrès vers un accès universel. Ce deuxième rapport annuel sur la riposte mondiale du secteur de la santé au VIH/sida révèle des succès remarquables, mais il met aussi en évidence les obstacles qui demeurent sur la voie de nos objectifs.

Les pays les plus durement touchés témoignent des résultats d'un engagement politique plus ferme et de l'allocation de ressources accrues. Fin 2007, les patients sous traitement antirétroviral étaient près d'un million de plus qu'en 2006 et le monde avait atteint la cible de «3 millions d'ici 2005» consistant à placer 3 millions de personnes sous traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, un objectif que beaucoup jugeaient irréalisable quand l'initiative a été lancée en 2003. Avec l'extension sans précédent du traitement, les personnes séropositives au VIH vivent plus longtemps et ont une meilleure qualité de vie.

Le rapport décrit aussi les tendances encourageantes dans la prestation des services de santé à l'intention des femmes et des enfants. Davantage de mères ont accès à des interventions qui préviennent la transmission du virus à leur nourrisson, et plus d'enfants infectés par le VIH bénéficient de programmes de traitement et de soins.

En dépit des progrès, il reste beaucoup à faire. Alors que nous nous tournons vers l'avenir, il est clair que, même à ce rythme accru d'expansion, la plupart des pays n'atteindront pas les objectifs de l'accès universel d'ici à 2010. La majorité des personnes qui vivent avec le VIH ignorent encore leur séropositivité. Chaque jour, pas moins de 6800 personnes sont infectées par le VIH faute d'avoir accès à des interventions peu coûteuses qui ont prouvé leur efficacité pour prévenir la transmission du virus ; mais chaque jour à peine 2700 personnes supplémentaires reçoivent un traitement antirétroviral. L'épidémie conjointe de tuberculose et de VIH, l'une des conséquences les plus graves de la propagation du VIH, a été encore compliquée par l'émergence de formes de tuberculose multirésistante et ultrarésistante. Malgré les progrès notables accomplis dans l'accès au traitement, plus des deux tiers des personnes qui en auraient besoin sont laissées pour compte, alors que d'autres disparaissent du suivi après le début du traitement.

Trois enjeux exigent sans délai une action concrète de notre part : garantir la pérennité de la riposte ; édifier des systèmes de santé plus solides ; et produire une information stratégique de qualité. Pour soutenir nos activités, nous avons besoin de plus de ressources financières et techniques à long terme afin de maintenir les patients sous traitement et prévenir de nouvelles infections. Les pays doivent disposer de systèmes de santé solides et de ressources humaines compétentes pour assurer les services. Élargir les programmes relatifs au VIH représente une occasion de promouvoir des modèles novateurs pour intégrer les interventions en matière de VIH dans le système de soins de santé primaires et renforcer l'ensemble du système, notamment ses infrastructures et ses capacités de laboratoire. Enfin, les pays ont besoin d'information pour surveiller leurs réalisations et les améliorer. «Il n'y a de résultats que ceux qu'on peut mesurer.»

En s'engageant en faveur d'un accès universel, la communauté internationale a entrepris une tâche ambitieuse et de longue haleine pour réduire les nouvelles infections, la morbidité et la mortalité. De formidables défis nous attendent, mais nos activités collectives produisent des résultats positifs. Ensemble, nous pouvons faire un succès durable de l'une des plus grandes initiatives de santé publique de l'histoire.



Margaret Chan
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé



Peter Piot
Directeur exécutif
ONUSIDA



Ann M. Veneman
Directrice générale
UNICEF

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Voici les principaux messages du rapport de situation 2008 « Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans les secteurs de la santé » :

- Grâce aux efforts concertés des pays et des partenaires internationaux, la mise en œuvre d'interventions relatives au VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a accompli jusqu'à présent des progrès substantiels.
- L'accès au traitement antirétroviral pour l'infection à VIH avancée s'élargit à un rythme croissant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Fin 2007, environ 3 millions de personnes (2 700 000–3 280 000) suivaient un traitement antirétroviral, soit près de 950 000 personnes de plus que fin 2006, et ce qui représente une multiplication par 7,5 ces quatre dernières années.
- En dépit des progrès, la couverture du traitement antirétroviral demeure faible : à peine 31% (27–34%) des personnes qui en avaient besoin suivaient un traitement en 2007. Cette même année, on estime que 2,5 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH.
- Les estimations des besoins et de la couverture ont été obtenues au moyen de modèles statistiques. Les paramètres utilisés pour évaluer les besoins et la couverture en 2007 diffèrent de ceux en usage jusqu'alors, en raison d'améliorations apportées aux méthodes. C'est pourquoi il n'est pas possible de comparer les estimations des besoins et de la couverture publiées dans le présent rapport avec celles qui figuraient dans des rapports de situation précédents.
- Le recul des taux de morbidité et de mortalité chez les patients sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est comparable à la tendance observée dans les pays à revenu élevé. Néanmoins, beaucoup de pays connaissent encore de graves difficultés, notamment une mortalité plus élevée pendant les six mois suivant le début du traitement et des taux de rétention insuffisants.
- La tuberculose continue d'être la principale cause de décès chez les personnes séropositives au VIH. L'accès des patients aux interventions est insuffisant car beaucoup de malades de la tuberculose ne connaissent pas leur statut sérologique. Les taux de coinfection avec les virus de l'hépatite B et C sont élevés, en particulier chez les consommateurs de drogues injectables. On estime que, dans certains pays, la prévalence du virus de l'hépatite C chez les consommateurs de drogues injectables séropositifs au VIH oscille de 72% à 95%.
- Les pays comptent de plus en plus sur différentes stratégies à l'initiative du patient ou du soignant pour élargir la connaissance du statut sérologique. Entre 2006 et 2007, la disponibilité de services de conseil et dépistage du VIH dans les établissements de santé s'est accrue substantiellement dans des pays qui disposent de données comparables. Cette progression s'est accompagnée d'une hausse du nombre de personnes qui ont bénéficié de conseil et dépistage du VIH. Cependant, une grande majorité des personnes vivant avec le VIH continuent d'ignorer leur séropositivité et n'ont pas d'occasions d'avoir accès à des services appropriés de prévention, de traitement, de soins et de soutien.
- Des exemples réussis de prévention du VIH dans des populations très exposées, telles que les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et les prisonniers, ont été mis en œuvre dans divers environnements. Il faut redoubler d'efforts pour étendre les interventions de prévention, renforcer la surveillance et le suivi et veiller à ce que les politiques et les législations créent des conditions propices à une prestation efficace des services de santé.
- La recherche a maintenant démontré sans équivoque possible que la circoncision était une nouvelle intervention importante du secteur de la santé qui réduit de 60% le risque de transmission hétérosexuelle du VIH chez les hommes. Beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne qui enregistrent des taux élevés de transmission du VIH et de faibles taux de circoncision explorent les modalités pour élargir cette pratique. Néanmoins, la recherche relative à d'autres technologies de prévention a obtenu des résultats nuancés. Les essais de microbicides féminins, de vaccins préventifs et de la suppression des infections génitales dues au virus Herpes simplex n'ont pas confirmé leur efficacité.
- L'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant a enregistré de nets progrès. Un nombre croissant de femmes enceintes vivant avec le VIH bénéficient de services de conseil et dépistage et reçoivent des médicaments antirétroviraux pour éviter de transmettre le virus à leur enfant. En 2007, 33% des femmes enceintes séropositives dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ont reçu des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission à leur enfant, contre 10% en 2004. Cependant, à peine 12% des femmes enceintes chez qui le VIH a été décelé au cours d'une consultation prénatale ont été examinées pour déterminer s'il était indiqué de leur administrer un traitement antirétroviral afin de protéger leur propre santé.

1. INTRODUCTION

Suivre les progrès du secteur de la santé vers un accès universel

L'objectif du présent rapport est d'évaluer les progrès accomplis dans le monde par le secteur de la santé pour étendre les interventions de prévention, de traitement et de soins du VIH en vue de l'accès universel (1,2).

Il s'agit là du deuxième d'une série de rapports annuels de situation préparés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), en partenariat avec d'autres mécanismes internationaux de surveillance et d'information, pour évaluer la riposte du secteur de la santé au VIH. Il fait suite au rapport de situation 2007 (3) et aux précédents rapports sur l'initiative «3 millions d'ici 2005» qui ont retracé la progression du traitement antirétroviral (4-7).

Une section du rapport est consacrée aux femmes et aux enfants, avec des données recueillies par l'UNICEF et l'OMS au nom de l'Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants (8).

Bien que le concours de l'ensemble de la société soit important pour atteindre les objectifs de l'accès universel, le secteur de la santé joue un rôle clé dans la riposte à l'épidémie. Le secteur de la santé est vaste puisqu'il comprend les services organisés de santé publics et privés (notamment les services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement et de soins), les ministères de la santé, les organisations non gouvernementales, les groupes communautaires, les associations professionnelles, ainsi que les institutions qui contribuent directement au système de soins de santé, comme l'industrie pharmaceutique et les institutions d'enseignement (9). Des estimations récentes indiquent que ce secteur représente à lui seul au moins 55% des ressources exigées au niveau mondial par la riposte au VIH/sida (10).

Le rapport passe en revue les progrès dans les domaines suivants :

- le traitement et les soins des personnes vivant avec le VIH : traitement antirétroviral, soins et prise en charge de la coinfection VIH/tuberculose et d'autres comorbidités ;
- le conseil et le dépistage du VIH ;
- les interventions du secteur de la santé pour prévenir la transmission sexuelle, la transmission par la consommation de drogues injectables, la transmission mère-enfant et la transmission dans les établissements de santé ; et
- les systèmes de santé et le VIH : ressources humaines, gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments et information sanitaire.

Chacune de ces interventions du secteur de la santé représente un domaine clé dans lequel les pays doivent investir pour parvenir à un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH.

1.1 Informations générales

Fin 2007, on estimait à 33,2 millions [30,6 millions–36,1 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, dont 2,1 millions [1,9 million–2,4 millions] d'enfants. Environ 2,5 millions [1,8 million–4,1 millions] de personnes auraient été nouvellement infectées en 2007, et 2,1 millions [1,9 million–2,4 millions] sont mortes du sida. Près des deux tiers des personnes séropositives vivent en Afrique subsaharienne (11).¹

Ces dernières années, la communauté internationale a intensifié son engagement et ses activités pour juguler l'épidémie de VIH. En 2001, l'Organisation des Nations Unies a convoqué une session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH/sida et, pour la première fois dans l'histoire, les États membres ont convenu d'un ensemble d'objectifs mondiaux en réponse à une crise de santé publique en escalade rapide (12). En 2006, lors de la seconde rencontre de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, les pays ont accepté de déployer tous les efforts nécessaires pour «réaliser l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et aux services d'appui d'ici à 2010» (2). Ces engagements complètent les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé (13), qui ont défini des cibles pour réduire la mortalité des enfants, améliorer la santé maternelle et combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies graves d'ici à 2015.

Bien que les estimations épidémiologiques récentes demeurent un obstacle de taille au progrès, un engagement politique mondial plus ferme et l'accroissement des investissements financiers ont des retombées positives. De plus en plus de patients peuvent bénéficier des services de prévention, de traitement, de soins du VIH et d'autres interventions. L'accès élargi au traitement antirétroviral a réduit la morbidité et la mortalité, avec des effets tangibles au niveau démographique, et tout porte à croire que les programmes de prévention aboutissent à des changements de comportement et à un recul de la prévalence du VIH dans plusieurs pays fortement affectés. (11).

Pourtant, même si ces dernières années, la lutte contre le VIH a bénéficié de ressources substantielles (encadré 1.1), beaucoup de pays semblent loin des objectifs de l'accès universel. Ils continuent de se heurter à des écueils qui les empêchent d'intensifier et de maintenir la riposte au

¹ Des estimations actualisées seront publiées à la moitié de 2008.

Encadré 1.1. Structure du financement mondial des activités de lutte contre le sida

L'engagement politique en faveur d'une accélération de la riposte au VIH s'est accompagné d'une allocation accrue de ressources financières par le biais d'une structure mondiale de financement en mutation.

Financement national

Les ressources internes couvrent une proportion importante du coût de l'extension des services en vue de l'accès universel. Le financement national des soins de santé pourrait apporter environ un tiers du montant nécessaire pour combler le fossé entre les ressources disponibles et les ressources requises. Des sources externes seront nécessaires pour couvrir les deux tiers restants (10).

Financement multilatéral

Ces dernières années, les organisations multilatérales ont accru leurs investissements en faveur de la lutte contre le VIH. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme fournit actuellement 20% de l'ensemble du financement pour la riposte au VIH/sida (14). Il continue d'élargir les contributions allouées aux programmes de prévention, de traitement et de soins du VIH et il est parvenu à obtenir que les pays donateurs s'engagent à investir davantage en 2007.

Depuis 2001, la Banque mondiale a apporté environ \$US 2 milliards sous forme de dons, de prêts et de crédits pour des programmes de lutte contre le VIH/sida. Son Programme plurinational de lutte contre le VIH/sida pour l'Afrique (15), lancé en septembre 2000, a alloué \$US 1,2 milliard à 29 pays.

L'UNITAID, un mécanisme international d'achat de médicaments créé en 2006, apporte un financement durable et à long terme pour les médicaments et le matériel de diagnostic du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme. L'UNITAID est principalement financé par les revenus d'une taxe sur les billets d'avion. En 2007, le budget de l'UNITAID dépassait \$US 320 millions et comprenait un financement pour l'achat de médicaments antirétroviraux pour les enfants, de médicaments antirétroviraux de deuxième intention et de médicaments et matériel de diagnostic pour prévenir la transmission mère-enfant (16).

Financement bilatéral

Les engagements financiers des donateurs bilatéraux ont également augmenté sensiblement. De 2000 à 2006, les membres du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)² ont plus que triplé le financement qu'ils accordent aux programmes de lutte contre le VIH/sida, à un rythme annuel moyen de 24%. En 2005-2006, les engagements annuels au titre de la lutte contre le VIH souscrits par les membres du Comité d'aide au développement étaient de \$US 4,7 milliards, contre \$US 3 milliards en 2003-2004.

Les États-Unis d'Amérique sont le principal bailleur de fonds, avec une contribution qui représentait en 2006 plus de la moitié de l'assistance bilatérale totale en matière de VIH, essentiellement par le truchement du Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida. Le Plan, qui est le plus grand programme bilatéral au monde en matière de sida, a été présenté au Congrès des États-Unis afin de recevoir une nouvelle autorisation de dépense, à hauteur de \$US 37 milliards-\$US 41 milliards, soit plus du double, sur les cinq prochaines années. D'autres sources majeures de financement bilatéral incluent le Royaume-Uni, dont la part du total représente 12%, ainsi que l'Allemagne, le Canada, la France, les Pays-Bas et la Suède, dont les contributions équivalent ensemble à 20% du total des fonds apportés par les membres du Comité d'aide au développement.

En 2004-2005, l'Afrique subsaharienne représentait 57% des flux totaux d'assistance bilatérale pour lutter contre le VIH/sida. Les dix principaux bénéficiaires étaient la République-Unie de Tanzanie, l'Afrique du Sud, l'Ouganda, l'Inde, le Kenya, la Zambie, l'Éthiopie, le Mozambique, la République démocratique du Congo et le Nigéria.

Financement du secteur privé

Ces dernières années, des fondations privées comme la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation William J. Clinton ont aussi contribué substantiellement à la riposte au VIH/sida.

2 Les membres du Comité d'aide au développement sont les suivants : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, États-Unis d'Amérique, Finlande, France, Grèce, Italie, Irlande, Japon, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède, Suisse, et la Commission des Communautés européennes.

VIH, notamment la faiblesse de leurs systèmes de santé, la pénurie aiguë de ressources humaines et le manque de financement durable à long terme.

Fin 2007, l'écart entre les ressources financières disponibles et les fonds nécessaires pour atteindre les objectifs de l'accès universel était estimé à \$US 8,1 milliards par an. Pour réaliser les objectifs, les ressources financières disponibles doivent plus que quadrupler d'ici à 2010 par rapport au niveau de 2007, pour passer à \$US 35 milliards. Selon les projections, elles devront être portées à \$US 41 milliards d'ici à 2015 (10).³

1.2 Sources des données et méthodes

Plusieurs sources d'information ont été utilisées pour ce rapport. La première est le cadre que l'OMS a mis au point pour surveiller les progrès du secteur de la santé vers l'accès universel (18). Ce cadre comprend 39 indicateurs destinés à mesurer la disponibilité, la couverture et les résultats d'interventions prioritaires du secteur de la santé en matière de VIH. Il sert aussi à surveiller les composantes essentielles du système de santé qui doivent soutenir l'extension, notamment les approvisionnements, la gestion des stocks et les ressources humaines. L'OMS a recueilli des données auprès des pays par un questionnaire fondé sur ce cadre (encadré 1.2).

La deuxième source d'information est le questionnaire sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et sur les soins et le traitement pédiatriques du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, publié conjointement par l'UNICEF et l'OMS, au nom de l'Équipe spéciale interagences sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants. Le questionnaire comprend un ensemble d'indicateurs pour surveiller les progrès des programmes nationaux destinés à prévenir l'infection à VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants (8).

Ces deux instruments ont en commun des indicateurs qui ont été définis en coordination avec le processus UNGASS de suivi de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, afin d'harmoniser la collecte de données au niveau national. L'ONUSIDA, l'UNICEF, l'OMS et d'autres partenaires travaillent avec les gouvernements nationaux pour inclure ces indicateurs dans les systèmes nationaux de suivi.

Encadré 1.2. Surveiller les progrès vers l'accès universel

Lorsqu'ils définissent « l'accès universel », l'OMS, l'ONUSIDA et leurs partenaires reconnaissent que même les pays à revenu élevé dotés d'une infrastructure bien développée ont du mal à atteindre 100% des personnes qui ont besoin d'interventions. Pas plus tard qu'en 2005, seulement 55% des personnes qui auraient eu besoin d'un traitement antirétroviral aux États-Unis en bénéficiaient (19).

« L'accès » est un vaste concept qui mesure trois dimensions des interventions essentielles du secteur de la santé : la disponibilité, la couverture, les résultats et l'impact.

- La disponibilité est définie comme la capacité d'atteindre (accès physique), la capacité d'acquérir à un coût abordable (accès économique) et l'acceptabilité (accès socioculturel) de services qui respectent des normes minimales de qualité⁴. Rendre les services disponibles, abordables et acceptables est une condition préalable essentielle de l'accès universel.
- La couverture est définie comme la proportion de la population qui a besoin d'une intervention et qui la reçoit. La couverture est influencée par l'offre (la prestation de services) et par la demande des personnes ayant besoin de services.
- Les résultats et l'impact sont définis comme des changements de comportement, un taux d'infection inférieur ou des taux de survie qui progressent. Les résultats et l'impact sont l'aboutissement de la couverture des services, modulée par l'efficacité et l'efficience des interventions.

En plus de la disponibilité, la couverture, les résultats et l'impact des interventions, d'autres aspects déterminent la réalisation de l'accès universel, notamment le fait que les services sont fournis de manière équitable ainsi que leur qualité, leur acceptabilité et leur efficience.

Au niveau national, les ministères de la santé gèrent la collecte de données en collaboration avec les bureaux de pays de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres partenaires d'exécution. Les données recueillies au niveau global par les partenaires internationaux, notamment les organisations bilatérales et multilatérales, sont vérifiées conjointement, validées et harmonisées (voir notes explicatives des annexes statistiques).

3 Les chiffres présentés dans ce rapport ont été ajustés pour tenir compte des estimations mondiales révisées de l'épidémie de VIH après septembre 2007.

4 « Accès », « utilisation », « disponibilité » et « couverture » sont souvent utilisés de manière interchangeable pour déterminer si les individus qui ont besoin de quelque chose pour leur santé l'obtiennent réellement (20).

Les informations collectées par l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'OMS sont complétées par d'autres enquêtes (par exemple sur les prix des médicaments et le recours aux traitements, et la surveillance de la pharmacorésistance), des enquêtes plus détaillées auprès de la population (21), des études spéciales et de la littérature grise. Le rapport présente également des données issues de publications scientifiques récentes.

Les données sur la couverture du traitement antirétroviral et des services de prévention de la transmission mère-enfant présentées dans le rapport ne peuvent être comparées avec les chiffres publiés dans les précédents rapports (3–7) en raison d'un changement des méthodes utilisées pour estimer les besoins. Pour de plus amples informations, se reporter aux sections 2 (encadré 2.1) et 5 (encadré 5.6).

1.3 Structure du rapport

La section 1 présente les objectifs du rapport ainsi que les méthodes et définitions utilisées pour retracer les progrès vers l'accès universel.

La section 2 décrit les progrès mondiaux dans le domaine de l'accès au traitement et aux soins pour les personnes vivant avec le VIH.

La section 3 recense les progrès mondiaux dans l'extension du conseil et dépistage du VIH.

La section 4 présente les avancées de l'extension des interventions du secteur de la santé pour la prévention du VIH.

La section 5 expose les progrès de l'extension des services pour les femmes et les enfants, notamment ceux qui visent à prévenir la transmission mère-enfant.

La section 6 résume les informations disponibles sur le renforcement des systèmes de santé et l'investissement dans le domaine de l'information stratégique destinée à guider la riposte au VIH.

La section 7 identifie les principaux obstacles et les prochaines étapes.

Les annexes statistiques contiennent des tableaux détaillés décrivant la couverture mondiale du traitement antirétroviral et des interventions pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH.

Références

1. VIH/sida. *Contribution de l'OMS à l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins : rapport du Secrétariat*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (document A59/39 de l'Assemblée mondiale de la Santé; http://www.who.int/gb/f/f_wha59.html, consulté le 15 mai 2008).
2. Assemblée générale des Nations Unies. *Déclaration politique sur le VIH/sida*. New York, Nations Unies, 2006 (document 60/262 de l'Assemblée générale; <http://www.unaids.org/fr/AboutUNAIDS/Goals/UNGASS/default.asp>, consulté le 15 mai 2008).
3. OMS, ONUSIDA et UNICEF. *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation, avril 2007*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr16/fr/index.html>, consulté le 15 mai 2008).
4. OMS et ONUSIDA. *Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et au-delà, mars 2006*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (http://www.who.int/hiv/progreport2006_fr.pdf, consulté le 15 mai 2008).
5. OMS et ONUSIDA. *Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : le point sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » – Juin 2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/3by5%20Progress%20Report_F.pdf, consulté le 15 mai 2008).
6. OMS et ONUSIDA. *3 millions d'ici 2005. Rapport de situation : décembre 2004*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (<http://www.who.int/3by5/publications/progressreportfr.pdf>, consulté le 15 mai 2008).
7. OMS et ONUSIDA. *3 millions d'ici à 2005. Rapport de situation : de décembre 2003 à juin 2004*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://www.who.int/3by5/publications/whoprogressreport_fr.pdf, consulté le 15 mai 2008).
8. *A report card on prevention of mother-to-child transmission of HIV and paediatric HIV care and treatment in low- and middle-income countries : scaling up progress from 2004 to 2005*. New York, Expanded Inter-Agency Task Team on Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Children, 2007 (http://www.unicef.org/aids/index_documents.html, consulté le 5 mai 2008).
9. OMS. *Vers un accès universel d'ici à 2010 : Activités de l'OMS avec les pays pour étendre la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (http://www.who.int/hiv/pub/advocacymaterials/toward_un_access_fr.pdf, consulté le 15 mai 2008).
10. UNAIDS. *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2007 (http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2007/20070925_Resources_needs.asp, consulté le 5 mai 2008).
11. ONUSIDA et OMS. *Le point sur l'épidémie de sida 2007*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/default.asp>, consulté le 15 mai 2008).
12. Assemblée générale des Nations Unies. *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. New York, Nations Unies, 2001 (<http://www.unaids.org/fr/AboutUNAIDS/Goals/UNGASS/default.asp>, consulté le 15 mai 2008).
13. *Les objectifs du Millénaire pour le développement*. New York, Nations Unies, 2001 (<http://www.un.org/french/millenniumgoals/>, consulté le 15 mai 2008).
14. *Communiqué : the Global Fund's Second Replenishment (2008–2010)*. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2007 (<http://theglobalfund.org/en/about/replenishment/berlin>, consulté le 5 mai 2008).
15. *Multi-Country HIV/AIDS Program*. Washington, DC, World Bank, 2008 (<http://go.worldbank.org/I3A0B15ZN0>, consulté le 5 mai 2008).
16. Budget de l'UNITAID [site Internet]. Genève, UNITAID, 2008 (<http://www.unitaid.eu/fr/Budget.html>, consulté le 15 mai 2008).
17. OECD. *Creditor reporting system : aid activities in support of HIV/AIDS control 2000–2007*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007.
18. WHO. *Monitoring and reporting on the health sector's response towards universal access to HIV/AIDS treatment, prevention, care and support, 2007–2010*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/UAframework_Final%20Nov.pdf, consulté le 5 mai 2008).
19. The global HIV/AIDS pandemic. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2006, 55 :841–844.
20. Tanahashi T. Health services coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1978, 56 :295–303.
21. Demographic and health surveys [site Internet]. Calverton, MD, MEASURE DHS, 2008 (<http://www.measuredhs.com>, consulté le 5 mai 2008).

2. TRAITEMENT ET SOINS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Principales conclusions

- Fin 2007, les patients suivant un traitement antirétroviral étaient près de 950 000 de plus que fin 2006 ; par conséquent, environ 3 millions de personnes vivant avec le VIH suivaient un traitement antirétroviral.
- C'est l'Afrique subsaharienne qui a enregistré la plus forte augmentation du nombre de patients sous traitement antirétroviral.
- En dépit de ces progrès sans précédent, la couverture mondiale du traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire demeure peu étendue (31% des besoins).
- Les programmes de traitement se heurtent à des obstacles liés à la forte mortalité pendant les premiers mois du traitement et aux faibles taux de rétention.
- L'accès des femmes au traitement antirétroviral est plus élevé ou égal à celui des hommes.
- Près de 97% des adultes et des enfants traités dans les pays à revenu faible ou intermédiaire suivent un traitement antirétroviral de première intention.
- Les prix moyens des schémas de deuxième intention restent élevés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
- L'accès des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose à la prophylaxie par le cotrimoxazole et au traitement antirétroviral est insuffisant du fait que beaucoup de malades de la tuberculose ne connaissent pas leur statut sérologique pour le VIH.

2.1 Traitement antirétroviral

Les pays à revenu faible ou intermédiaire ont connu ces dernières années un rythme sans précédent d'extension de l'accès au traitement antirétroviral et de réduction de la morbidité et de la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. Ces pays utilisent des méthodes simplifiées et normalisées pour entamer, administrer et surveiller le traitement et sont à même d'acheter des médicaments antirétroviraux à des prix de plus en plus modiques. Néanmoins, le nombre de personnes sous traitement antirétroviral continue d'être insuffisant pour répondre aux besoins et de nouveaux obstacles surgissent à mesure que le traitement s'étend.

2.1.1 Couverture du traitement antirétroviral dans le monde

L'accès au traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a continué de s'étendre ces dernières années (tableau 2.1). Quand l'initiative «3 millions d'ici 2005» a été lancée en 2003, on estimait que 400 000 habitants de pays à revenu faible ou intermédiaire suivaient un traitement antirétroviral (1). Depuis, le renforcement des engagements politiques, la mobilisation des ressources et les activités de diverses parties prenantes ont permis d'accroître massivement le nombre de personnes sous traitement.

Fin 2007, près de 3 millions de personnes [2 990 000 personnes ; fourchette 2 700 000–3 280 000] suivaient un traitement antirétroviral. En quatre ans, ce chiffre a été multiplié par 7,5.

Tableau 2.1. Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral et ayant besoin d'un traitement antirétroviral, et taux de couverture dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, par région, décembre 2003 à décembre 2007^a

Région géographique	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2007 (fourchette) ^b	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2007 (fourchette) ^a	Couverture du traitement antirétroviral, décembre 2007 (fourchette) ^c	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2006 (fourchette) ^b	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2006 (fourchette) ^a	Couverture du traitement antirétroviral, décembre 2006 (fourchette) ^c	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2003 (fourchette) ^b
Afrique subsaharienne	2 120 000 [1 925 000–2 315 000]	7 000 000 [6 250 000–7 900 000]	30% [27%–34%]	1 375 000 [1 280 000–1 470 000]	6 700 000 [5 900 000–7 600 000]	21% [18%–23%]	100 000 [75 000–125 000]
Afrique orientale et australe	1 690 000 [1 560 000–1 820 000]	5 300 000 [4 700 000–6 000 000]	32% [28%–36%]	1 115 000 [1 050 000–1 180 000]	5 100 000 [4 400 000–5 700 000]	22% [20%–25%]	75 000 [56 000–94 000]
Afrique centrale et de l'Ouest	430 000 [370 000–490 000]	1 700 000 [1 400 000–2 100 000]	25% [20%–31%]	260 000 [230 000–290 000]	1 600 000 [1 400 000–2 100 000]	16% [12%–19%]	25 000 [19 000–31 000]
Amérique latine et Caraïbes	390 000 [350 000–430 000]	630 000 [550 000–770 000]	62% [51%–70%]	345 000 [305 000–385 000]	600 000 [510 000–740 000]	58% [47%–68%]	210 000 [160 000–260 000]
Amérique latine	360 000 [320 000–400 000]	560 000 [490 000–700 000]	64% [51%–73%]	325 000 [290 000–360 000]	530 000 [450 000–670 000]	61% [49%–72%]	206 000 [156 000–255 000]
Caraïbes	30 000 [25 000–35 000]	70 000 [60 000–80 000]	43% [38%–50%]	20 000 [15 000–25 000]	65 000 [50 000–75 000]	31% [27%–40%]	4 000 [3 000–5 000]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	420 000 [375 000–465 000]	1 700 000 [1 300 000–2 100 000]	25% [20%–32%]	280 000 [225 000–335 000]	1 600 000 [1 220 000–2 060 000]	18% [14%–23%]	70 000 [52 000–88 000]
Europe et Asie centrale	54 000 [51 000–57 000]	320 000 [240 000–440 000]	17% [12%–22%]	35 000 [33 000–37 000]	260 000 [180 000–380 000]	13% [9%–19%]	15 000 [11 000–19 000]
Afrique du Nord et Moyen-Orient	7 000 [6 000–8 000]	100 000 [70 000–135 000]	7% [5%–10%]	5 000 [4 000–6 000]	97 000 [66 000–130 000]	5% [4%–8%]	1 000 [750–1 250]
Total	2 990 000 [2 700 000–3 280 000]	9 700 000 [8 700 000–11 000 000]	31% [27%–34%]	2 040 000 [1 850 000–2 230 000]	9 300 000 [8 200 000–10 600 000]	22% [19%–25%]	400 000 [300 000–500 000]

Note : les chiffres ayant été arrondis, les totaux ne correspondent pas exactement à la somme des chiffres partiels.

a Pour une explication des méthodes employées, voir les notes explicatives de l'annexe 1.

b Lorsqu'elles étaient disponibles, les données concernant les enfants ont été incluses.

c L'estimation de la couverture est fondée sur l'estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral et ayant besoin d'un traitement antirétroviral.

La seule année 2007 a vu un accroissement annuel sans précédent du nombre de personnes sous traitement antirétroviral. Fin 2007, les patients suivant un traitement antirétroviral étaient près de 950 000 de plus que fin 2006 ; l'année précédente, cette hausse avait été inférieure à 750 000 personnes. Cela représente une hausse mensuelle de 79 000 personnes sous traitement en 2007.

Néanmoins, la couverture mondiale du traitement antirétroviral est encore limitée, puisqu'elle n'atteint que 31% [27–34%] des 9,7 millions [8,7 millions–11,0 millions] de personnes qui en auraient eu besoin fin 2007. À titre de comparaison, ces pourcentages étaient de 5% [4–6%] en 2003, 8% [7–10%] en 2004, 15% [13–17%] en 2005 et 22% [19–25%] en 2006. L'encadré 2.1 décrit plus en détail les récentes révisions dans l'estimation des besoins en traitement.

Encadré 2.1. Estimer les besoins et la couverture du traitement antirétroviral

La couverture du traitement antirétroviral mesure le pourcentage de personnes qui ont besoin de ce traitement et y ont accès. Le numérateur (soit le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral) est calculé à partir des systèmes de notification des programmes nationaux qui additionnent les chiffres comptabilisés depuis les centres de santé et autres sites de prestation des services. Le dénominateur (le nombre total de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral) est obtenu à l'aide d'une méthode de modélisation statistique normalisée (3). Estimer le nombre de personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral soulève des questions de définition et de mesure, qui influencent à leur tour les estimations de la couverture.

Pour évaluer le nombre de personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral dans un pays, l'OMS et l'ONUSIDA utilisent des méthodes de modèles statistiques incluant toutes les personnes qui réunissent les critères d'initiation du traitement, que ces personnes connaissent ou non leur statut sérologique et l'opportunité de commencer le traitement antirétroviral. Par conséquent, le nombre de personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral dans un pays comprend :

- les patients qui suivent déjà un traitement antirétroviral ;
- les personnes qui savent qu'elles sont séropositives et qui devraient suivre un traitement antirétroviral, mais qui n'y ont pas accès ;
- les personnes qui ne connaissent pas leur statut sérologique, mais remplissent les conditions pour commencer le traitement.

Une estimation complète du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement devrait inclure ces trois catégories de personnes.

Méthodes d'estimation

Conformément aux recommandations du Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections, l'ONUSIDA et l'OMS ont établi des méthodes et des outils de modélisation pour créer des estimations nationales de l'ampleur de l'épidémie et des indicateurs clés de l'impact, notamment de la mortalité (3). Les besoins en traitement sont évalués au moyen d'un logiciel statistique appelé Spectrum (4). Cet instrument tient compte des données de la surveillance épidémiologique et des principales hypothèses (notamment la prévalence chez l'adulte sur une période donnée, la survie moyenne des personnes vivant avec le VIH avant et sans traitement antirétroviral et le délai moyen entre la séroconversion et le moment où le traitement antirétroviral est indiqué) pour créer une estimation des besoins en traitement. Les méthodes sont régulièrement mises à jour en utilisant les nouvelles données épidémiologiques et de la recherche ainsi que des améliorations techniques.

Des pays ont mis au point leurs propres méthodes d'évaluation des besoins de traitement, qui peuvent différer des estimations obtenues avec les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS. Par exemple, certains pays n'incluent pas la troisième catégorie de personnes mentionnée ci-dessus (à savoir les personnes qui ne connaissent pas leur statut sérologique, mais qui remplissent les conditions pour commencer le traitement) dans leurs estimations des besoins en traitement, ce qui décrit de manière incomplète les progrès qui doivent être accomplis pour parvenir à l'accès universel.

Pour analyser et comparer la couverture du traitement antirétroviral entre pays, le présent rapport utilise les estimations standardisées des besoins de traitement obtenues à l'aide des méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS. Le logiciel est utilisé pour créer des fourchettes d'estimations des besoins. Selon la qualité des données de la surveillance, les fourchettes peuvent être très larges dans certains pays. Le point central d'estimation est utilisé pour calculer la couverture.

L'annexe 1 présente d'autres estimations des besoins fondées sur les méthodes développées par les pays eux-mêmes.

Nouveaux paramètres des méthodes d'estimation en 2007

Les estimations mondiales, régionales et nationales des besoins de traitement qui figurent dans le présent document ne peuvent être comparées aux estimations de 2006 publiées en 2007 en raison de nouveaux paramètres du modèle d'estimation. En 2006, le Groupe de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections a conseillé de modifier plusieurs paramètres de la méthode d'estimation pour tenir compte de nouvelles données. Précisément, le Groupe de référence a recommandé de relever de neuf à 11 années la durée de survie moyenne depuis la séroconversion jusqu'au décès en l'absence de traitement antirétroviral,

la durée entre la séroconversion et l'indication du traitement antirétroviral passant à huit ans (au lieu de sept) et la durée entre l'indication du traitement antirétroviral et le décès en l'absence de traitement passant à trois années (au lieu de deux). Ces paramètres révisés, conjointement avec le nombre accru de personnes sous traitement antirétroviral, ont abouti à une hausse sensible des estimations du nombre total de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral. En 2007, on estime que 9,7 millions [8,7 millions–11,0 millions] de personnes avaient besoin d'un traitement. Si l'on applique les paramètres révisés de manière rétrospective à l'année précédente, 9,3 millions [8,2 millions–10,6 millions] de personnes auraient eu besoin d'un traitement en 2006, au lieu de l'estimation de 7,1 millions publiée l'an dernier. D'après ces nouvelles estimations, la couverture mondiale en 2006 était de 22% [19–25%] au lieu de 28% [24–34%] ainsi que publié précédemment.

Ces prochaines années, l'estimation des besoins de traitement continuera d'évoluer pour tenir compte des changements dans les directives sur le traitement, les méthodes d'estimation et les tendances de l'épidémie, ce qui compliquera les comparaisons de la couverture.

Changements des directives sur le traitement

Actuellement, les directives de l'OMS recommandent : de prescrire un traitement antirétroviral à toute personne présentant une condition clinique indicative d'un stade clinique 4 de l'OMS, quelle que soit la numération des CD4 ; de prescrire un traitement antirétroviral à toute personnes dont la numération des CD4 est inférieure à 200 cellules par mm³ quel que soit son stade clinique ; d'envisager de prescrire un traitement antirétroviral quand la numération des CD4 est inférieure à 350 cellules par mm³ et que la personne présente une maladie de stade clinique 3 (5). Des modifications futures de ces recommandations influenceront les estimations des besoins de traitement.

La progression de l'épidémie

En dépit des activités de prévention, 2,5 millions [1,8 million–4,1 millions] de personnes ont été infectées en 2007 ; ce nombre était de plus de 3 millions à la fin des années 90 et au début des années 2000. Avec un délai moyen de huit années entre l'infection par le VIH et l'indication du traitement, chaque année, de 2,5 millions à 3,0 millions de personnes supplémentaires auront donc besoin de commencer un traitement ces prochaines années. Ce total doit être ajouté au nombre croissant de personnes qui sont actuellement sous traitement ou peuvent y prétendre selon les directives de l'OMS.

La plus forte hausse du nombre de patients sous traitement en 2007 a été enregistrée en Afrique subsaharienne (figures 2.1 et 2.2). Fin 2007, près de 2 120 000 [1 925 000–2 315 000] patients étaient sous traitement antirétroviral dans cette région contre 1 375 000 [1 280 000–1 470 000] en 2006. Cela représente une augmentation de 54% en une année. La couverture régionale du traitement antirétroviral était de 30% [27–34%] en 2007 contre 21% [18–23%] en 2006 et à peine 2% en 2003. La couverture est plus élevée en Afrique orientale et australe (32% [28–36%]) qu'en Afrique de l'Ouest et centrale (25% [20–31%]). L'Afrique subsaharienne représente 71% des besoins totaux en traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et 72% du nombre total de personnes qui suivaient un traitement fin 2007.

En Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, on estimait à 420 000 [375 000–465 000] le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral fin 2007. En 2007, la couverture régionale du traitement antirétroviral était de 25% [20–32%] contre 18% [14–23%] en 2006. Cela représente une augmentation de 51% du nombre de personnes sous traitement antirétroviral en une année dans la région et une multiplication par six du nombre de patients traités fin 2003, soit 70 000 [52 000–88 000]. L'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est représente près de 18% des besoins totaux en traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et 14% du nombre total de patients sous traitement antirétroviral fin 2007.

En décembre 2007, près de 390 000 [350 000–430 000] personnes suivaient un traitement antirétroviral en Amérique latine et aux Caraïbes, soit une couverture d'environ 62% [51–70%] dans cette région, contre 58% [47–68%] en 2006. Le nombre de patients traités dans la région a augmenté légèrement en une année (13%). Néanmoins, beaucoup de ces pays sont déjà parvenus à un niveau élevé de couverture, ce qui limite leur capacité à créer une forte hausse en un an. L'Amérique latine et les Caraïbes ne représentent que 6,5% des besoins totaux de traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire mais 13% du nombre total des personnes traitées fin 2007.

En Europe et Asie centrale, 54 000 personnes [51 000–57 000] suivaient un traitement antirétroviral fin 2007 contre seulement 15 000 fin 2003. Entre 2006 et 2007, près de 54% de personnes supplémentaires ont été placées sous traitement antirétroviral. Fin 2007, la couverture régionale du traitement antirétroviral était de 17% [12–22%]. L'Europe et l'Asie centrale représentent 3% des besoins totaux en traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et près de 2% des personnes sous traitement.

Avec 7% [5–10%] contre 5% [4–8%] en 2006, la couverture en Afrique du Nord et au Moyen-Orient est la plus faible. Fin 2007, on estimait que 7000 [6000–8000] personnes suivaient un traitement, alors que 100 000 [70 000–135 000] en avaient besoin. Dans cette région, les progrès dépendent

Figure 2.1. Couverture du traitement antirétroviral en Afrique subsaharienne, 2003–2007

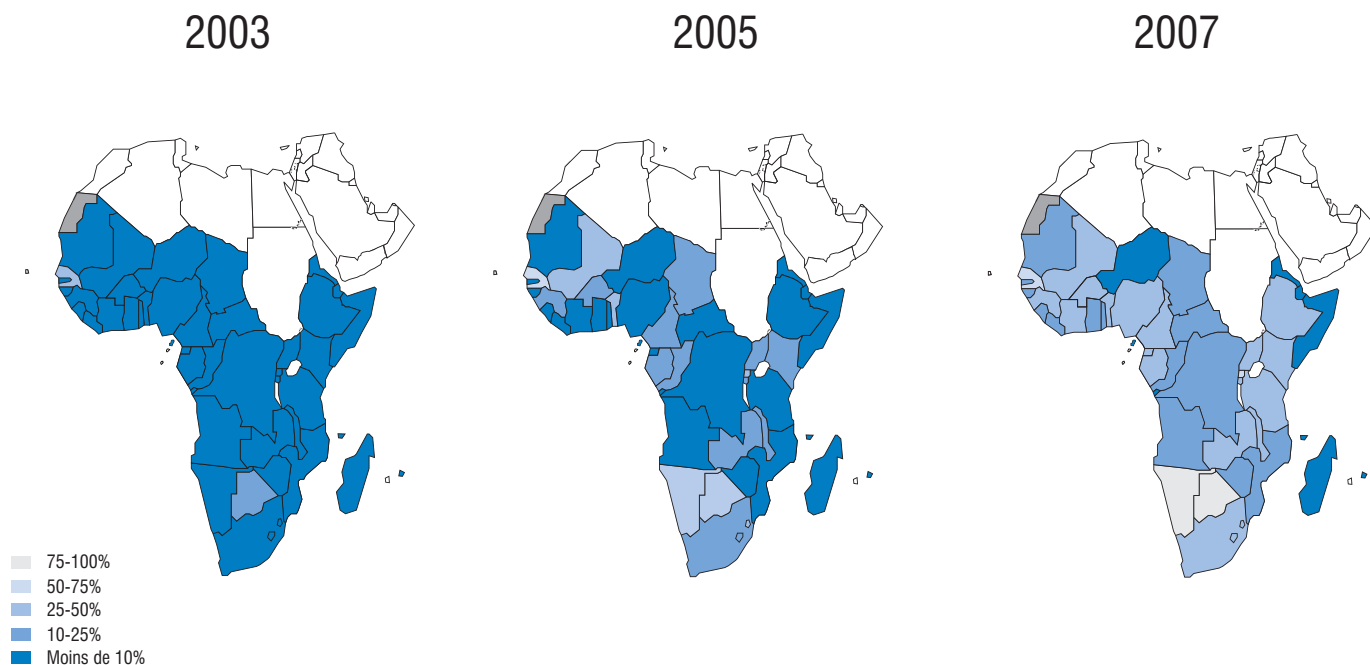
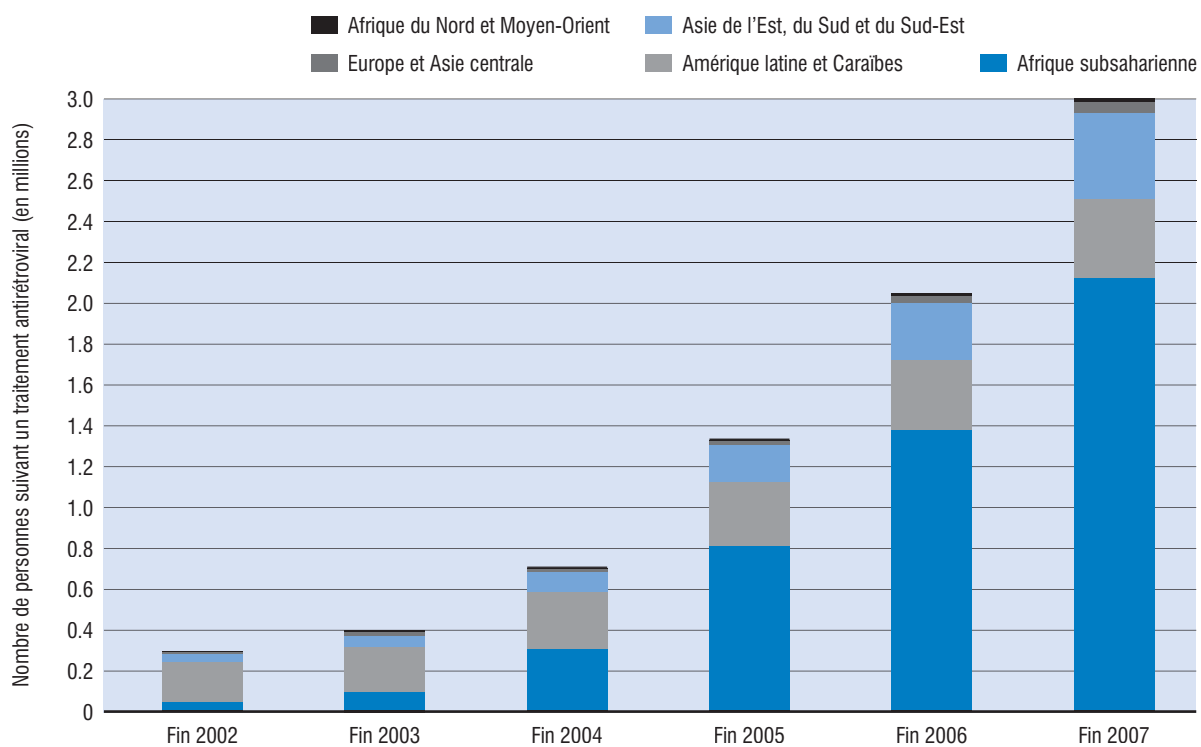


Figure 2.2. Nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2002–2007



beaucoup de l'extension au Soudan, qui représente plus de 87% des besoins en traitement, mais n'a pour l'instant que 1% de couverture.

Fin 2007, 46 pays à revenu faible ou intermédiaire assuraient un traitement à 31% au moins des personnes qui en avaient besoin (la moyenne mondiale pour ces pays, adultes et enfants compris). Onze pays étaient parvenus à une couverture de 50–75% des personnes ayant besoin d'un traitement et huit avaient atteint une couverture de 75% au moins des personnes nécessitant un traitement (tableau 2.2).

Quinze pays représentaient 75% des 3 millions de personnes suivant un traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2007 (figure 2.3). Certains de ces pays ont très nettement augmenté le nombre de patients sous traitement en 2007 par rapport à 2006, avec des taux d'accroissement dépassant 100% dans trois pays (Mozambique, Nigéria et République-Unie de Tanzanie). Malgré ces progrès, dans beaucoup de ces pays, le traitement demeure bien inférieur aux besoins estimés. La couverture dépassait 50% dans quatre de ces 15 pays (Botswana, Brésil, Namibie et Thaïlande), alors qu'en Afrique du Sud, en Éthiopie, au Mozambique, au Nigeria, et au Zimbabwe, la couverture était inférieure à la moyenne mondiale des pays à revenu faible ou intermédiaire (soit inférieure à 31%, adultes et enfants compris).

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida sont les principaux bailleurs de fonds des programmes de

traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Fin 2007, le Fonds mondial estime que son financement soutenait le traitement de 1 448 000 personnes. Les programmes financés par le Plan d'urgence permettaient de soigner quelque 1 445 500 personnes. Comme environ 910 000 personnes suivent un traitement dans le cadre de programmes financés conjointement par les deux initiatives, celles-ci venaient donc en aide à près de 2 millions de personnes fin 2007.

2.1.2 Extension de la disponibilité du traitement antirétroviral

Le nombre de sites administrant un traitement antirétroviral est une variable importante pour évaluer les progrès de l'extension et il indique le volume de personnes traitées par site selon les régions. En 2007, dans l'ensemble, près de 10 000 sites dispensaient un traitement antirétroviral dans 119 pays ayant fourni des données¹. C'est plus du double qu'en 2005, où les sites n'étaient que 4000. Sur ces 10 000 sites, environ 4200 étaient situés en Afrique subsaharienne. Le nombre moyen de personnes qui suivaient un traitement antirétroviral par site était d'environ 300, mais le nombre de patients par site était plus élevé en Afrique subsaharienne, avec près de 455 personnes par site. Bien que ces chiffres soient fondés sur des données agrégées et ne rendent pas compte de la diversité des sites de traitement en Afrique, ils soulignent les difficultés que rencontrent les soignants et les systèmes de santé pour administrer des soins et un traitement appropriés.

Tableau 2.2. Pays à revenu faible ou intermédiaire dont la couverture du traitement antirétroviral est estimée à 31% au moins, décembre 2007^a

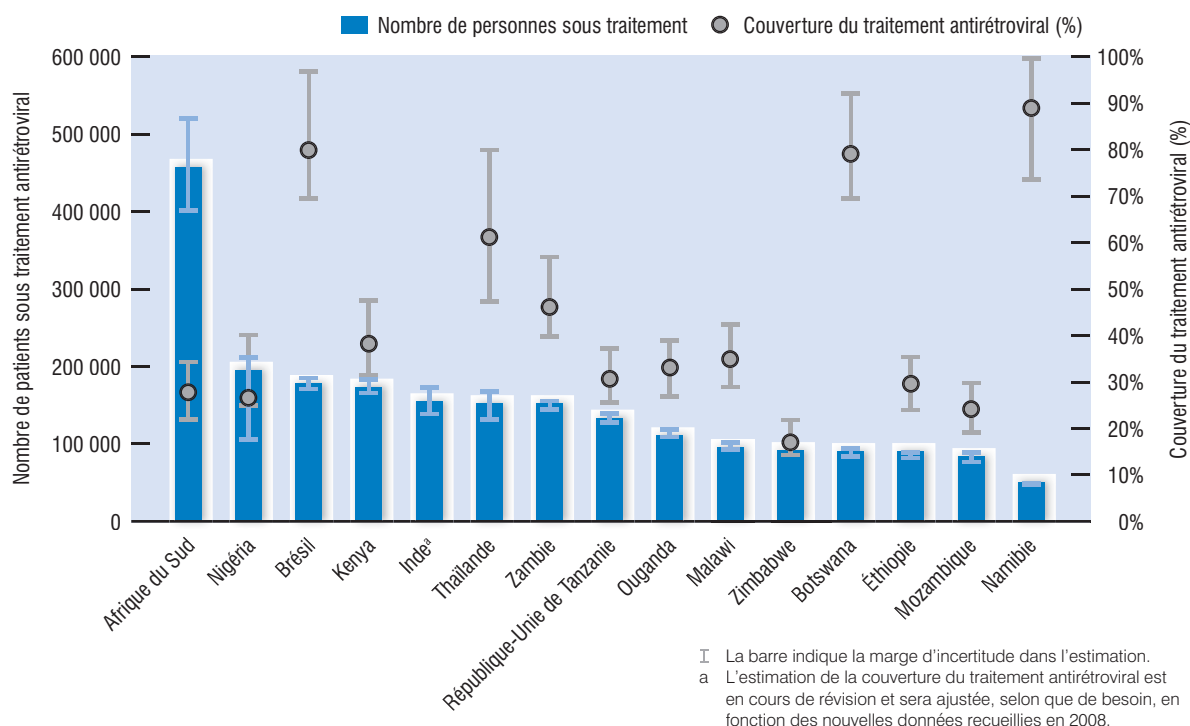
Pays avec une couverture du traitement antirétroviral de 31–50% (n = 27)		Pays avec une couverture du traitement antirétroviral de 50–75% (n = 11)	Pays avec une couverture du traitement antirétroviral égale ou supérieure à 75% (n = 8)
Belize	Malaisie	Argentine	Botswana
Bénin	Malawi	Cambodge	Brésil
Burkina Faso	Mali	El Salvador	Chili
Colombie	Maroc	Mexique	Costa Rica
Équateur	Ouganda	Moldova ^b	Cuba
Gabon	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Panama	Georgie ^b
Guatemala	Pérou	Roumanie	Namibie
Guinée équatoriale	Philippines	Rwanda	République démocratique populaire lao
Guyana	Pologne	Sénégal	
Haïti	République dominicaine	Thaïlande	
Honduras	République-Unie de Tanzanie	Uruguay	
Jamaïque	Suriname		
Kenya	Swaziland		
	Zambie		

a La couverture globale du traitement antirétroviral pour les pays à revenu faible ou intermédiaire est de 31%.

b Pays dont les besoins de traitement antirétroviral sont estimés à moins de 1000 personnes. Les données pour ces pays doivent être interprétées avec prudence.

1 Données transmises à l'OMS en réponse au questionnaire annuel de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2007.

Figure 2.3. Couverture du traitement antirétroviral dans les 15 pays qui abritent 75% des 3 millions de personnes sous traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2007



Les activités pour étendre le traitement antirétroviral ont renforcé la nécessité d'une approche globale de santé publique aux niveaux international, national et des districts (encadré 2.2).

L'accès au traitement antirétroviral des populations rurales suscite une préoccupation croissante, particulièrement dans les pays à faible revenu qui connaissent une épidémie généralisée. En effet, beaucoup de ces populations vivent

loin des sites urbains de soins tertiaires qui ont jusqu'à présent bénéficiés de l'essentiel des progrès du traitement antirétroviral.

De plus en plus de données montrent que la décentralisation de la prestation de services de VIH et le soutien communautaire peuvent faciliter l'extension du traitement antirétroviral, même dans les environnements les plus limités en ressources

Encadré 2.2. L'approche de santé publique à l'extension du traitement antirétroviral

L'approche de santé publique aborde les besoins sanitaires d'une population en se fondant sur les principes de la simplification, la normalisation, la décentralisation, l'équité et la participation des personnes qui reçoivent le traitement antirétroviral et de la communauté (6).

Les principaux éléments de l'approche de santé publique à l'extension du traitement antirétroviral sont les suivants :

- uniformisation des schémas thérapeutiques et simplification des formulaires ;
- simplification des décisions cliniques et standardisation de la surveillance du traitement ;
- prise en charge standardisée de la toxicité et de l'interaction médicamenteuse ;
- surveillance de la pharmacorésistance du VIH au niveau de la population.

La mise en œuvre d'une approche de santé publique à l'extension du traitement antirétroviral demande :

- une prestation décentralisée et intégrée des soins ;
- une délégation des tâches et un soutien spécialisé ;
- l'accès gratuit au traitement antirétroviral au site de délivrance des soins ;
- une gestion renforcée des achats et des stocks ;
- la surveillance des progrès.

(encadré 2.3). En Afrique du Sud, un programme distribuant des médicaments antirétroviraux dans des dispensaires communautaires d'une zone rurale du KwaZulu-Natal a permis de répondre aux besoins de plus de 60% des personnes qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral 24 mois après son lancement dans une population rurale très dispersée (7). Dans une autre zone rurale d'Afrique du Sud, la distribution de médicaments antirétroviraux par le biais de sites de soins de santé primaires, le recours à des conseillers sur l'observance du traitement pour fournir une vaste gamme de prestations et l'intégration des services de VIH dans d'autres composantes des soins cliniques ont permis un recrutement plus rapide des individus, un meilleur taux de rétention des patients sous traitement et une couverture de 95% du traitement (8).

En Éthiopie, le Ministère de la Santé a commencé à décentraliser la distribution des antirétroviraux dans les centres de santé en 2006, quand le traitement en milieu hospitalier s'est révélé insuffisant pour suivre le rythme des besoins en traitement². Dans des centres de santé, des équipes cliniques ont été formées avec les modules de formation de la prise en charge intégrée des maladies de l'adulte et de l'adolescent (PCIMAA) de l'OMS (9). Actuellement, 210 centres de santé assurent un traitement

antirétroviral et des soins liés au VIH au bénéfice de 16572 individus, soit 18% du total national de 90212 patients sous traitement antirétroviral en Éthiopie (10).

2.1.3 Équité d'accès au traitement antirétroviral

L'équité de l'accès au traitement des femmes vivant avec le VIH a suscité des inquiétudes, compte tenu des inégalités entre hommes et femmes dans le monde, et également parce que les femmes courent un risque biologique plus élevé que les hommes de contracter le VIH (12).

Les informations dont on dispose actuellement dans 57 pays à revenu faible ou intermédiaire, représentant 87% des patients sous traitement antirétroviral et 88% des personnes qui en auraient besoin, indiquent que, dans l'ensemble, les femmes ne sont pas défavorisées dans l'accès au traitement antirétroviral. Fin 2007, 56% des personnes sous traitement étaient des femmes, alors que celles-ci représentaient 52% des personnes en ayant besoin.

En Afrique subsaharienne, les données de 32 pays (qui représentent 98% des patients suivant un traitement antirétroviral

Encadré 2.3. Administrer un traitement antirétroviral pendant un conflit : l'exemple de l'Ouganda

La guerre civile qui fait rage depuis 20 ans dans les sous-régions ougandaises d'Acholi, de Lango et de Karamoja a détruit l'infrastructure sanitaire et a forcé de nombreuses personnes déplacées à l'intérieur du pays à vivre dans des camps. La prévalence du VIH y est élevée; les résultats de récentes enquêtes indiquent qu'à Acholi et Lango, elle est de 8,3%, contre une moyenne nationale de 6,3% (11).

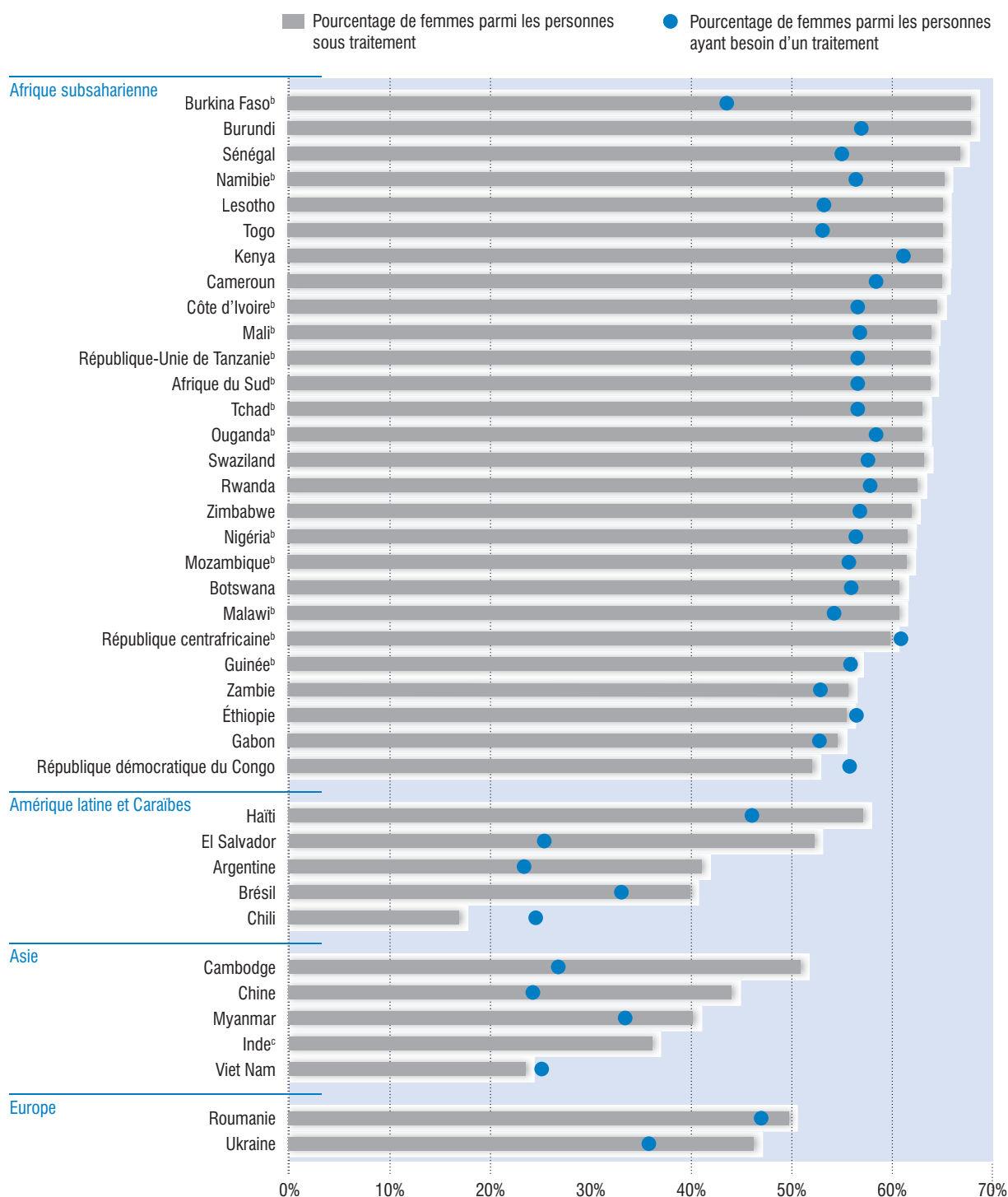
Depuis 2004, le Ministère de la Santé, les institutions publiques locales, les donateurs internationaux, les institutions des Nations Unies et les organisations non gouvernementales ont mis en œuvre un programme conjoint pour élargir la prestation de services de santé parmi les populations déplacées dans les zones touchées. Le programme prévoit d'étendre l'accès au conseil et dépistage du VIH, aux préservatifs, aux soins et traitement du VIH et aux services d'appui social pour les populations vulnérables dans les camps de personnes déplacées. Grâce à ces efforts, la couverture du traitement antirétroviral à Acholi et Lango est passée de 1228 personnes dans cinq sites en 2004 à 9994 personnes dans 35 sites à la fin de 2007. À Karamoja, le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral est passé de 33 en 2004 à 456 en 2007. Néanmoins, les estimations nationales indiquent que le nombre total de personnes suivant actuellement un traitement représente seulement 39% des personnes qui en auraient besoin dans ces deux sous-régions.

Une étroite collaboration entre les partenaires d'exécution, la participation de représentants locaux et la supervision régulière ont été des facteurs déterminants pour étendre les services dans les régions concernées. La pénurie d'agents de santé a été corrigée avec le concours de l'OMS en utilisant l'approche PCIMAA pour former des équipes cliniques, faciliter la délégation des tâches au profit d'agents de santé moins spécialisés et associer les personnes vivant avec le VIH comme « patients experts » chargés de conseiller sur l'observance des traitements et d'apporter un soutien.

Toutefois, la prestation des services dans ces sous-régions continue de faire face à plusieurs écueils, notamment la médiocrité des infrastructures, les taux élevés d'usure du personnel soignant, les fréquentes ruptures de stocks de médicaments et de fournitures et la difficulté de maintenir l'accès au traitement pour les populations déplacées alors qu'elles regagnent leur foyer, à mesure que les négociations de paix progressent.

² Le réseau de santé éthiopien est formé de dispensaires communautaires de soins de santé primaires, de centres de santé et d'hôpitaux de district ou de zone.

Figure 2.4. Proportion de femmes parmi tous les patients suivant un traitement antirétroviral, comparée à la proportion de femmes parmi les personnes ayant besoin d'un traitement, sélection de pays à revenu faible ou intermédiaire, 2007^a



a. Ce graphique est basé sur les besoins de traitement antirétroviral des femmes en tant que proportion des besoins totaux chez les deux sexes en 2007. Les pays sont classés par ordre décroissant du pourcentage de femmes suivant un traitement antirétroviral dans chaque région. Ce graphique inclut seulement les pays qui disposent de données sur le traitement ventilées par sexe pour au moins 5000 personnes. Des données complémentaires sur les pays figurent à l'annexe 2.

b. Données relatives au traitement par sexe basées sur des ensembles de données partiels et/ou données non basées sur les chiffres les plus récents au niveau national. Voir annexe 2 pour plus de précisions.

c. L'estimation des besoins de traitement antirétroviral est en cours de révision et sera ajustée, selon que de besoin, en fonction des nouvelles données recueillies en 2008.

et 97% des besoins régionaux) révèlent que 61% des personnes sous traitement dans cette région étaient des femmes, alors qu'elles représentent 57% des personnes qui en ont besoin. Dans d'autres régions, les valeurs pour les pays disposant de données étaient respectivement de 36% et 32% en Amérique latine et aux Caraïbes, 39% et 34% en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, et 41% et 36% en Europe orientale et Asie centrale.

La figure 2.4 montre les données dans des pays choisis comptant au moins 5000 personnes sous traitement antirétroviral. Dans la plupart des pays, les femmes représentent une proportion des patients sous traitement plus élevée que le pourcentage de femmes parmi les personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral. L'annexe 2 donne des données ventilées par pays.

La collaboration ART-LINC³ a récemment mené une analyse détaillée sur plusieurs sites pour comparer le nombre de patients sous traitement antirétroviral avec la prévalence du VIH chez les femmes dans des pays à revenu faible ou intermédiaire d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. Cette étude a aussi montré que les femmes n'étaient pas défavorisées par rapport aux hommes dans l'accès au traitement antirétroviral. L'étude, qui portait sur 33 164 individus (19 989 femmes et 13 175 hommes) participant dans 29 centres dans 13 pays, a suggéré de redoubler d'efforts pour faire en sorte que les hommes vivant avec le VIH commencent le traitement à un stade moins avancé de la maladie (13).

Bien que la proportion globale de femmes sous traitement antirétroviral soit conforme à la répartition de l'infection à VIH par sexe, dans certains pays, les femmes enceintes séropositives ont des difficultés à bénéficier d'un traitement antirétroviral pour leur propre santé (voir la section 5.4.2 pour de plus amples détails).

Des données récentes révèlent également qu'un nombre croissant d'enfants bénéficient de programmes de traitement. La section 5 présente une information détaillée sur l'équité dans l'accès au traitement des femmes enceintes et des enfants.

L'équité dans l'accès au traitement antirétroviral des populations à risque élevé d'infection par le VIH suscite également des inquiétudes, qu'il s'agisse des consommateurs de drogues injectables, des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, des professionnel(le)s du sexe et des prisonniers. Les informations manquent sur la couverture du traitement antirétroviral parmi ces populations, les plus complètes concernant les consommateurs de drogues injectables dans la région OMS de l'Europe (encadré 2.4). Il en ressort que, malgré de récents efforts, la couverture demeure faible parmi ces populations.

De plus, le statut socioéconomique peut jouer un rôle important pour déterminer l'accès aux interventions prioritaires de soins et de traitement et aux résultats globaux de santé (encadré 2.5). Des recherches ont montré que la suppression

Encadré 2.4. Couverture du traitement antirétroviral chez les consommateurs de drogues injectables en Europe

La consommation de drogues injectables représente l'immense majorité des cas d'infection à VIH en Europe orientale et Asie centrale, et elle contribue substantiellement aux épidémies plus anciennes de VIH dans beaucoup de pays d'Europe occidentale (14).

En Europe, l'accès des consommateurs de drogues injectables au traitement antirétroviral s'accroît. En 2002, sur 27 pays fournissant des données dans la région européenne de l'OMS, les consommateurs de drogues injectables représentaient 46% des cas déclarés d'infection à VIH, mais 10% seulement des patients sous traitement antirétroviral. En 2006, sur 38 pays fournissant des données, les consommateurs de drogues injectables comptaient pour 59% des cas déclarés d'infection à VIH et 30% des patients sous traitement antirétroviral (15).

Pourtant, les variations régionales au sein de l'Europe sont considérables. La couverture du traitement antirétroviral est élevée en Europe occidentale, où les consommateurs de drogues injectables comptaient pour 29% des cas déclarés d'infection à VIH et 30% des personnes sous traitement en 2006. En Europe orientale, des pays comme l'Ukraine ont accompli ces dernières années des progrès sensibles pour étendre le traitement antirétroviral chez les consommateurs de drogues injectables. Néanmoins, dans l'ensemble, la couverture est inégale. En 2006, les consommateurs de drogues injectables représentaient plus de 70% des cas déclarés d'infection à VIH, mais seulement 39% des patients sous traitement.

3 ART-LINC Collaboration (Antiretroviral Therapy in Low-Income Countries) est un réseau de cliniques en Afrique, en Amérique latine et en Asie. Il a été créé pour examiner les résultats des traitements de personnes vivant avec le VIH dans des environnements à ressources limitées et pour comparer les expériences entre différents sites. Il est soutenu par l'Agence nationale française de recherches sur le sida et les hépatites virales, le Partenariat Europe-pays en développement sur les essais cliniques, les National Institutes of Health des États-Unis et l'USAID.

des contributions financières demandées aux patients dans les sites de prestation de services aboutit à un recours accru au traitement antirétroviral et à une meilleure observance du traitement (16).

En 2007, sur les 76 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant fourni des données, 72 avaient une politique de distribution gratuite des médicaments antirétroviraux dans le secteur public⁴. Néanmoins, les données sur la mise en œuvre de ces politiques au niveau national sont limitées. Soixante-dix

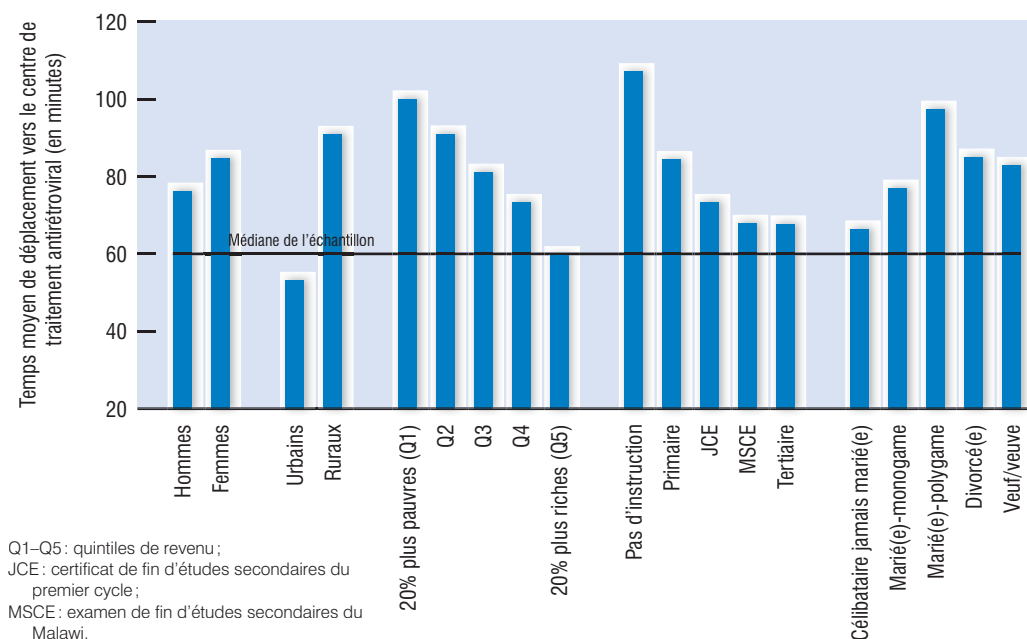
pays ont également indiqué qu'ils avaient des politiques pour prescrire gratuitement le cotrimoxazole dans le secteur public. Un plus petit nombre de pays ont déclaré appliquer une politique de gratuité des examens de laboratoire. Du fait du coût relativement élevé de ces examens, cette mesure pourrait constituer une entrave à l'accès au traitement antirétroviral dans des environnements à faible revenu. Les pays d'Europe orientale donnent le bon exemple, puisque le traitement du VIH aussi bien que les examens de laboratoire sont assurés gratuitement dans le secteur public.

Encadré 2.5. Déterminants socioéconomiques de l'accès au traitement antirétroviral au Malawi, 2007

D'après une étude de l'OMS sur les déterminants socioéconomiques de l'accès au traitement antirétroviral au Malawi (17), dans l'ensemble du pays, 66% des personnes ayant eu accès au traitement antirétroviral l'ont obtenu au niveau secondaire des soins (dans les hôpitaux de district) contre 8,5% seulement qui l'ont obtenu au niveau primaire (dans les dispensaires communautaires et les centres de santé). Cela signifie que l'accès au traitement occasionne non seulement des frais directs comme le transport et la nourriture, mais aussi des coûts d'opportunité exprimés en temps consacré au déplacement et aux files d'attente. Des entretiens à la sortie des sites des districts de Lilongwe et Rumphi auprès d'un échantillon de 947 patients sous traitement ont révélé que le temps médian de déplacement pour se rendre au centre de traitement était de 60 minutes pour l'ensemble de l'échantillon. Ce temps variait selon le niveau de revenu. Les 20% les plus pauvres parcouraient une plus grande distance, ce qui leur occasionnait des frais de transport plus élevés pour atteindre un centre de traitement. La figure 2.5 montre le temps moyen nécessaire pour se rendre dans un centre de traitement antirétroviral selon le groupe socioéconomique des patients.

Selon l'étude, le temps moyen d'attente au centre de traitement était semblable pour les hommes que pour les femmes (temps moyen d'attente de 126 minutes pour les hommes et de 128 minutes pour les femmes). Les patients se rendant dans les hôpitaux des missions et les centres de santé gouvernementaux attendaient moins que les patients consultant les centres privés à but non lucratif.

Figure 2.5. Déterminants du temps de déplacement vers un centre de traitement antirétroviral au Malawi, 2007



⁴ Données transmises à l'OMS en réponse au questionnaire annuel de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2007.

2.1.4 Impact et résultats de l'extension du traitement antirétroviral

Depuis 2002, l'accès élargi au traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a abouti à un gain estimé à 3,2 millions [2,9 millions–3,6 millions] d'années de vie, dont 2 millions [1,9 million–2,3 millions] en Afrique subsaharienne.

Amélioration de la survie et des résultats cliniques

Une amélioration de la durée de survie et des résultats cliniques est observée dans un nombre croissant de cohortes dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (18–21). Une récente méta-analyse de données du réseau ART-LINC Collaboration (22) a examiné la numération des CD4 chez des adolescents et des adultes dans des pays à revenu faible et intermédiaire pendant cinq ans (depuis le début du traitement). Elle a montré que la numération médiane des CD4 était passée de 108 cellules par μl au début du traitement à 442 cellules par μl cinq ans après parmi les patients qui étaient demeurés sous traitement antirétroviral tout au long des cinq ans. La cohorte formée de près de 20 000 individus, dont 60% de femmes, montre bien qu'il est possible de parvenir à une récupération nette et durable des CD4 sur des périodes prolongées dans des environnements à ressources limitées. Le traitement antirétroviral a un effet encore probant sur la réduction de la mortalité et de la morbidité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire quand il est complété par une prophylaxie au cotrimoxazole. Une récente étude a révélé une réduction de 95% du taux de mortalité chez les patients placés à la fois sous traitement antirétroviral et sous prophylaxie au cotrimoxazole par comparaison avec les personnes non traitées (23).

Les niveaux d'observance du traitement, une variable capitale pour déterminer l'efficacité clinique, semblent comparables dans les groupes de population traités aussi bien dans les environnements à revenu élevé qu'à revenu faible ou intermédiaire. Une méta-analyse des études en Afrique subsaharienne a constaté que les taux d'observance étaient similaires ou dépassaient ceux des groupes de population d'Amérique du Nord et d'Europe. Ce phénomène concorde avec les recherches menées au Brésil, l'un des premiers pays n'appartenant pas à l'Organisation de coopération et de développement économiques à appliquer un programme d'accès universel au traitement antirétroviral (24,25). Néanmoins, il faut interpréter ces conclusions avec circonspection car les résultats des études menées dans le cadre de projets de recherche et dans des environnements dotés de ressources suffisantes ne sont peut-être pas transférables en dehors de ces situations. Beaucoup de patients continuent de rencontrer des difficultés pour observer leur traitement, qu'elles soient liées à des facteurs structurels (comme le coût du traitement, la distance jusqu'au centre de santé

ou la stigmatisation) ou individuels (tels que les effets secondaires des médicaments et la comorbidité).

Bien que les données scientifiques révèlent des améliorations sensibles des résultats cliniques et de leur impact au niveau de la population, certaines tendances semblent inquiétantes. Des travaux récents (26) indiquent que beaucoup de personnes meurent après un diagnostic positif du VIH et avant de pouvoir accéder à un traitement antirétroviral. De plus, en dépit de nets progrès dans le délai de survie depuis que le traitement a commencé à être étendu, les habitants des pays à revenu faible ou intermédiaire connaissent encore un taux de mortalité pendant les six premiers mois de traitement plus élevé que les habitants des pays à revenu élevé (27). Ces données suggèrent qu'un diagnostic tardif, un démarrage différé du traitement, des comorbidités non diagnostiquées et l'accès différentiel aux soins de santé⁵ ont un impact sur les résultats des traitements.

La rétention des patients apparaît également comme un enjeu fondamental des programmes de traitement antirétroviral. Une récente étude du réseau ART-LINC Collaboration (28) a analysé les données sur la rétention de 5491 patients traités dans 15 programmes en Afrique, en Asie et en Amérique latine. Les chercheurs ont montré que le nombre de patients précocement perdus de vue dans les programmes de traitement antirétroviral ne cessait d'augmenter dans le contexte de l'extension du traitement. Ce phénomène était associé à la contribution financière demandée aux patients et à une immunodéficience plus avancée à l'initiation du traitement. L'étude suggère que les infrastructures et les effectifs nécessaires pour documenter et rechercher les personnes perdues de vue sont de plus en plus insuffisants, du fait des pressions incitant les programmes de santé publique à placer un nombre maximal de nouveaux patients sous traitement antirétroviral dans le cadre des efforts d'extension du traitement. Une autre récente analyse des programmes de traitement en Afrique subsaharienne (29) a observé que le taux de rétention était en moyenne de 75% après un an et de 62% après deux ans, même si les chiffres varient beaucoup d'un programme à l'autre. La question de la rétention sera un enjeu de taille à mesure de la progression de l'extension⁶.

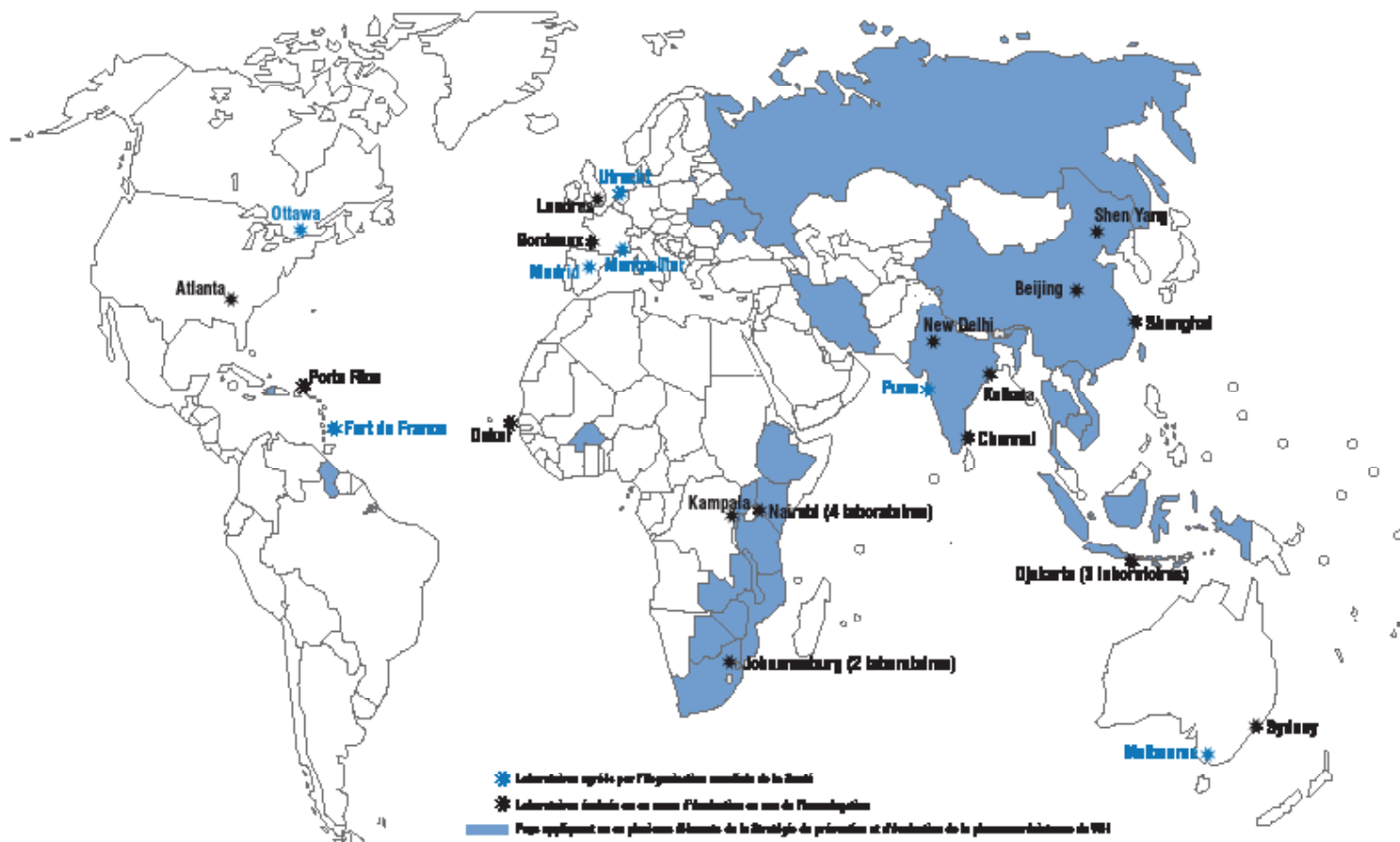
Impact du traitement sur la prévention

Outre leurs résultats cliniques, il semble que les programmes de traitement antirétroviral puissent être appliqués de manière à favoriser la prévention du VIH. D'après certaines

5 D'après les données disponibles, le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections prend pour hypothèse un taux de mortalité de 15% la première année de traitement et de 5% les années suivantes parmi les patients sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

6 Ces deux études étaient fondées principalement sur des cohortes suivies en cliniques. Par conséquent, elles peuvent classer des personnes qui ont été officiellement ou officieusement transférées dans une autre clinique comme perdues pour le suivi et sous-estimer le taux de rétention.

Figure 2.6. Pays appliquant un ou plusieurs éléments de la Stratégie de l'OMS de prévention et d'évaluation de la pharmacorésistance du VIH et participant au réseau de laboratoires HIVResNet (situation en décembre 2007)



pour dresser et appliquer des plans nationaux sur la pharmacorésistance du VIH. Ces 25 pays ont mis en œuvre un ou plusieurs éléments de leur stratégie nationale sur la pharmacorésistance du VIH.

L'OMS a créé le réseau mondial de laboratoires sur la pharmacorésistance du VIH pour fournir des résultats de laboratoire avec assurance qualité dans la surveillance de la résistance aux antirétroviraux. En août 2007, 28 laboratoires ont été évalués et 7 ont été agréés. L'homologation de deux laboratoires supplémentaires était en cours.

Sept pays ont produit des résultats (37–44) sur la surveillance de la pharmacorésistance du VIH dans les zones géographiques où le traitement antirétroviral a été initialement administré dans le pays (tableau 2.3). Tous ont indiqué une résistance transmise inférieure à 5% pour tous les antirétroviraux et les classes de médicaments.

2.1.6 Schémas thérapeutiques antirétroviraux

Les directives de l'OMS sur le traitement sont guidées par les principes de l'approche de santé publique. Elles tentent au

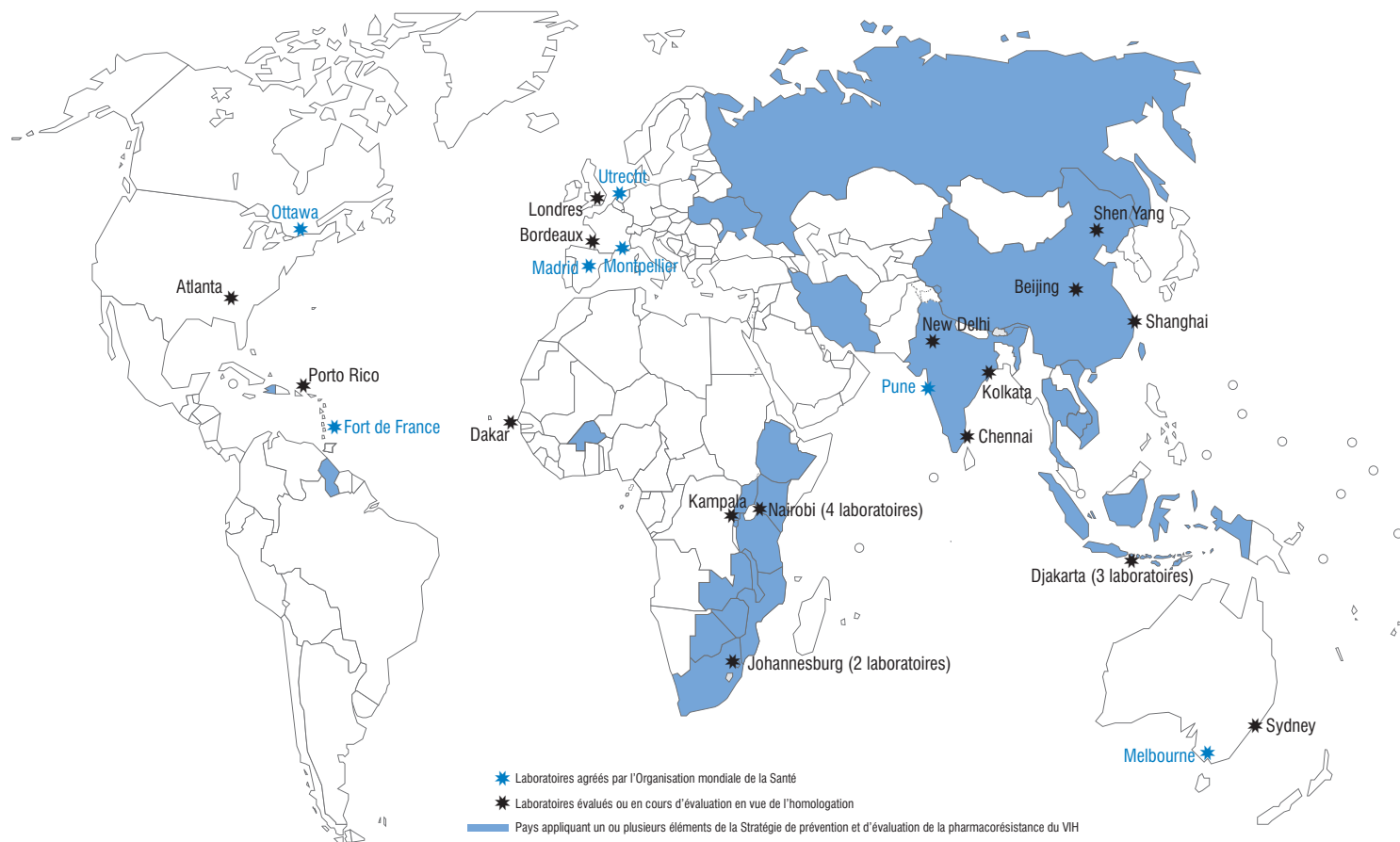
premier chef de prolonger le plus longtemps possible la survie au niveau de la population par des schémas thérapeutiques standardisés et des prescriptions simplifiées, avec des décisions cliniques facilitées et une surveillance normalisée des traitements (5). Les recommandations publiées par l'OMS évoluent en fonction des données scientifiques et de l'expérience de la prise en charge clinique dans des environnements à ressources limitées.

À mesure de l'extension de l'accès au traitement, il devient de plus en plus urgent d'établir les principes et les critères de priorité parmi les options des médicaments antirétroviraux, particulièrement pour le nombre croissant d'individus qui ont besoin de schémas de deuxième intention (encadré 2.7).

Distribution et utilisation des schémas de médicaments antirétroviraux

En 2007, l'OMS a mené sa seconde enquête annuelle sur la distribution et la composition des schémas thérapeutiques de première et de deuxième intention utilisés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (46, 47). Le questionnaire a été adressé en mars 2007 aux programmes nationaux de lutte contre le sida dans 41 pays. Au nombre des pays

Figure 2.6. Pays appliquant un ou plusieurs éléments de la Stratégie de l'OMS de prévention et d'évaluation de la pharmacorésistance du VIH et participant au réseau de laboratoires HIVResNet (situation en décembre 2007)



pour dresser et appliquer des plans nationaux sur la pharmacorésistance du VIH. Ces 25 pays ont mis en œuvre un ou plusieurs éléments de leur stratégie nationale sur la pharmacorésistance du VIH.

L'OMS a créé le réseau mondial de laboratoires sur la pharmacorésistance du VIH pour fournir des résultats de laboratoire avec assurance qualité dans la surveillance de la résistance aux antirétroviraux. En août 2007, 28 laboratoires ont été évalués et 7 ont été agréés. L'homologation de deux laboratoires supplémentaires était en cours.

Sept pays ont produit des résultats (37–44) sur la surveillance de la pharmacorésistance du VIH dans les zones géographiques où le traitement antirétroviral a été initialement administré dans le pays (tableau 2.3). Tous ont indiqué une résistance transmise inférieure à 5% pour tous les antirétroviraux et les classes de médicaments.

2.1.6 Schémas thérapeutiques antirétroviraux

Les directives de l'OMS sur le traitement sont guidées par les principes de l'approche de santé publique. Elles tentent au

premier chef de prolonger le plus longtemps possible la survie au niveau de la population par des schémas thérapeutiques standardisés et des prescriptions simplifiées, avec des décisions cliniques facilitées et une surveillance normalisée des traitements (5). Les recommandations publiées par l'OMS évoluent en fonction des données scientifiques et de l'expérience de la prise en charge clinique dans des environnements à ressources limitées.

À mesure de l'extension de l'accès au traitement, il devient de plus en plus urgent d'établir les principes et les critères de priorité parmi les options des médicaments antirétroviraux, particulièrement pour le nombre croissant d'individus qui ont besoin de schémas de deuxième intention (encadré 2.7).

Distribution et utilisation des schémas de médicaments antirétroviraux

En 2007, l'OMS a mené sa seconde enquête annuelle sur la distribution et la composition des schémas thérapeutiques de première et de deuxième intention utilisés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (46, 47). Le questionnaire a été adressé en mars 2007 aux programmes nationaux de lutte contre le sida dans 41 pays. Au nombre des pays

Tableau 2.3. Enquêtes sur la pharmacorésistance transmise du VIH dans sept pays : caractéristiques et résumé des résultats

Pays	Zone et période	Type de site	% de participation (des personnes concernées)	Sous-type(s) prédominant(s) du VIH-1	Classement de la résistance transmise
Éthiopie (37)	Addis Abeba, avril–août 2005	Soins prénatals	100%	C	<5% (toutes classes)
Malawi (38)	Lilongwe, octobre–décembre 2006	Prévention de la transmission mère-enfant	100%	C	<5% (toutes classes)
Afrique du Sud (39)	Province de Gauteng, octobre 2002	Soins prénatals	100%	C	<5% (toutes classes)
Afrique du Sud (39)	Province de Gauteng, octobre 2004	Soins prénatals	100%	C	<5% (toutes classes)
Swaziland (40)	Couloir de Manzini-Mbani, juillet–août 2006	Soins prénatals	100%	C	<5% (toutes classes)
Thaïlande (41)	Bangkok, juillet 2005–avril 2006	Site de don du sang	100%	CRF01-AE	<5% (toutes classes)
Thaïlande (41)	Bangkok, juillet–décembre 2005	Sites de conseil et dépistage volontaires	100%	CRF01-AE	<5% (toutes classes)
République-Unie de Tanzanie (42)	Dar Es Salaam, novembre 2005–février 2006	Soins prénatals	100%	A1, C	<5% (toutes classes)
Viet Nam (43)	Hanoï, février–juin 2006	Sites de conseil et dépistage volontaires	99%	CRF01-AE	<5% (toutes classes)

Les enquêtes sur les seuils de pharmacorésistance du VIH pour évaluer la prévalence de la pharmacorésistance transmise du VIH sont réalisées dans une ou plusieurs villes ou zones de planification sanitaire d'un pays où le traitement antirétroviral est disponible depuis le plus longtemps, c'est-à-dire où il est le plus probable que la transmission de souches résistantes aux médicaments sera observée dans un premier temps. Des enquêtes séparées peuvent être menées dans différents sous-groupes d'intérêt dans chaque zone. La résistance transmise à des classes de médicaments et des médicaments est classée comme <5%, 5–15% ou >15% sur la base d'un petit nombre de spécimens recueillis chez des individus concernés (44).

Encadré 2.7. Simplifier les options actuelles pour le traitement antirétroviral de deuxième intention

Alors que les pays à faible revenu étendent rapidement leurs programmes de traitement du VIH, ils ont de plus en plus besoin de schémas thérapeutiques de deuxième intention. En réponse aux demandes des responsables des programmes nationaux et des institutions de régulation souhaitant disposer de conseils opérationnels dans ce domaine, l'OMS a organisé en 2007 un groupe de travail formé d'experts et de partenaires d'exécution (45) pour guider la sélection, la définition de priorités et la planification liée aux médicaments antirétroviraux de deuxième intention recommandés par les directives actuelles de l'OMS sur le traitement (5).

La réunion a préparé des orientations (45) sur des options simplifiées pour des schémas thérapeutiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, sur la base des options limitées de la plupart des pharmacopées. La définition des recommandations sur les schémas thérapeutiques de deuxième intention a tenu compte de six principaux domaines : l'efficacité, la simplicité, le niveau de toxicité, la couverture de la population, le faible coût potentiel et la compatibilité pour les enfants.

Voici les schémas thérapeutiques de deuxième intention qui ont été classés comme prioritaires parmi les options recommandées par l'OMS dans ses directives de 2006 (5).

1. Pour les patients ayant commencé un traitement antirétroviral avec des analogues de la thymidine (schémas de première intention contenant de la zidovudine ou de la stavudine), les schémas de deuxième intention devraient comprendre de préférence ténofovir + lamivudine, ténofovir + emtricitabine ou abacavir + didanosine comme élément nucléoside associé à l'une des options suivantes d'inhibiteurs de protéase stimulés par le ritonavir : lopinavir + ritonavir ou atazanavir + ritonavir.
2. Pour les patients ayant commencé un traitement antirétroviral avec des analogues non thymidiques (schémas de première intention contenant du ténofovir ou de l'abacavir), le schéma de deuxième intention devra contenir de préférence zidovudine + lamivudine associés à l'une des options d'inhibiteurs de protéase stimulés par le ritonavir : lopinavir + ritonavir ou atazanavir + ritonavir.

Ce classement par ordre de priorité n'est pas une révision des recommandations de l'OMS sur le traitement publiées en 2006 (5). Les autres options de médicaments antirétroviraux présentées dans ces recommandations demeurent valables pour une utilisation clinique.

sélectionnés figurent les 40 nations qui abritaient le plus grand nombre de personnes sous traitement antirétroviral en décembre 2006 ainsi que le Guyana (pour inclure les 15 pays prioritaires du Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida). Trente pays ont répondu au questionnaire, ce qui représente 63% des quelque 2 millions de personnes qui suivaient un traitement antirétroviral dans des pays à ressources limitées en décembre 2006. Dans ces 30 pays, 93% des patients sous traitement antirétroviral étaient des adultes et 7% des enfants.

L'immense majorité des adultes (97%) suivaient un schéma de première intention. On disposait d'informations sur les schémas précis pour 91% de ces patients. Près de 90% suivaient des schémas de première intention conformes aux recommandations de 2006 de l'OMS (5). La figure 2.7 présente la composition des traitements antirétroviraux de première intention les plus fréquemment prescrits aux adultes.

Dans la population étudiée, 3% des adultes suivaient des schémas thérapeutiques de deuxième intention. On disposait d'informations sur les schémas précis utilisés par 72% d'entre eux. Les schémas de deuxième intention les plus fréquemment prescrits étaient abacavir + didanosine + lopinavir potentialisé par le ritonavir (15%), zidovudine + didanosine + lopinavir potentialisé par le ritonavir (14%), zidovudine + lamivudine + lopinavir potentialisé par le ritonavir (7%), ténofovir + lamivudine + lopinavir potentialisé par le ritonavir (7%), ténofovir + emtricitabine + lopinavir potentialisé par le ritonavir (4%) and stavudine + lamivudine + lopinavir potentialisé par le ritonavir (3%). Près de 60% des adultes sous schéma thérapeutique de deuxième intention suivaient des traitements conformes aux recommandations de 2006 de l'OMS (5), soit un pourcentage nettement inférieur que pour les schémas de première intention.

Dans les pays ayant répondu à l'enquête, la grande majorité des enfants (97%) suivaient des schémas thérapeutiques de première intention, avec des informations précises pour 94% des enfants. Environ 91% des enfants suivaient un traitement de première intention conforme aux recommandations de l'OMS de 2006 (5). La figure 2.8 présente la distribution et la composition des schémas de première intention prescrits aux enfants.

Dans la population étudiée, 3% des enfants suivaient un traitement de deuxième intention. Vingt et un pays seulement ont fourni des renseignements sur les schémas précis. Les données sont quelque peu fragmentées, avec plus de diversité dans les schémas de deuxième intention que dans ceux de première intention. Les schémas les plus fréquents associaient zidovudine + lamivudine + lopinavir potentialisé

par le ritonavir (24%), didanosine + abacavir + lopinavir potentialisé par le ritonavir (12%), stavudine + didanosine + lopinavir potentialisé par le ritonavir (8%) et stavudine + lamivudine + lopinavir potentialisé par le ritonavir (7%).

Un sous-ensemble des données a été analysé pour les 21 pays qui ont répondu aux enquêtes en 2006 et 2007 afin de comparer la répartition dans l'enquête de 2007 avec les renseignements recueillis en 2006. Les résultats pour ce sous-ensemble ont montré que la proportion d'adultes sous traitement antirétroviral avec des schémas de deuxième intention continue d'être faible et qu'elle n'augmente pas. Quatre pour cent des adultes sous traitement antirétroviral suivaient des schémas de deuxième intention en 2006, contre 3% en 2007. C'est légèrement inférieur aux prévisions initiales, qui escomptaient un taux annuel de passage des premières aux secondes lignes de 5%. Il est difficile d'interpréter ce résultat, qui peut être dû à des facteurs liés à la demande (comme le besoin limité de schémas de deuxième intention parce que beaucoup de patients ont commencé récemment leur traitement) ou à l'offre (comme le manque d'options disponibles pour construire un régime approprié de deuxième intention).

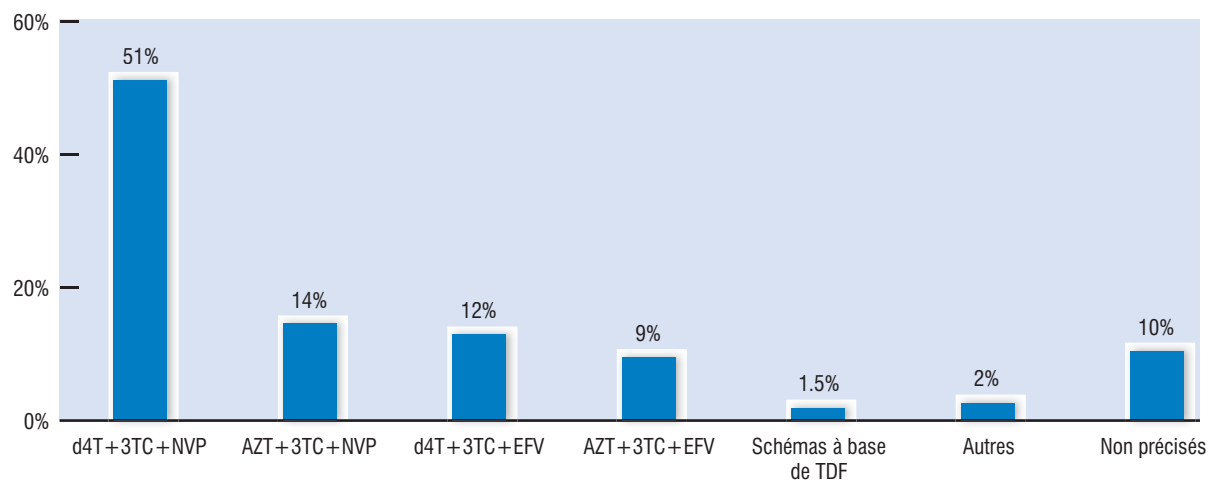
Pharmacovigilance

Bien que l'on estime à près de 3 millions le nombre de patients sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'extension du traitement n'est pas allé de pair avec un développement de la pharmacovigilance dans ces mêmes pays. La toxicité des médicaments peut gravement nuire à la santé et à la sécurité des patients et compromettre leur observance du traitement antirétroviral, ce qui accroît la morbidité et la mortalité, mais aboutit aussi à l'émergence de résistances aux médicaments.

Les connaissances actuelles des effets secondaires et des manifestations indésirables du traitement antirétroviral sont fondées sur des données recueillies principalement dans des pays à revenu élevé auprès de populations dont la situation (caractéristiques démographiques, héritage génétique, statut nutritionnel et comorbidité) peut différer sensiblement de celle des populations dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Des 80 000 données rapportées sur des réactions indésirables aux médicaments antirétroviraux inclus dans la base de données mondiales du Centre collaborateur de l'OMS pour la pharmacovigilance internationale à Uppsala (Suède), 6000 seulement provenaient de pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui complique l'identification et la prise en charge optimale des manifestations indésirables (48).

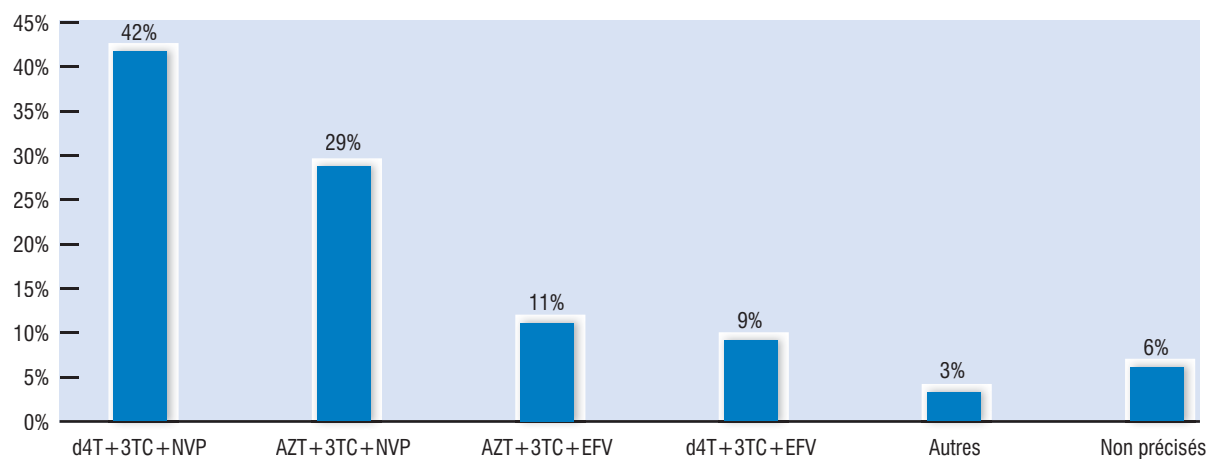
L'OMS a défini une stratégie pour perfectionner le recensement des manifestations indésirables, garantir leur notification et améliorer en fin de compte la sécurité des patients et la prise en charge clinique (encadré 2.8).

Figure 2.7. Schémas de traitement antirétroviraux de première intention prescrits aux adultes dans 30 pays à revenu faible ou intermédiaire, 2007



d4T : stavudine ; 3TC : lamivudine ; NVP : névirapine ; AZT : zidovudine ; EFV : éfavirenz ; TDF : ténofovir.

Figure 2.8. Schémas de traitements antirétroviraux de première intention prescrits aux enfants dans 30 pays à revenu faible ou intermédiaire, 2007



d4T : stavudine ; 3TC : lamivudine ; NVP : névirapine ; AZT : zidovudine ; EFV : éfavirenz.

Présélection et assurance qualité des produits antirétroviraux

Le programme de présélection de l'OMS mène des activités d'évaluation et d'inspection et renforce les capacités nationales en matière de fabrication et de surveillance de médicaments de qualité. L'OMS a commencé à étudier les médicaments antirétroviraux pour ce programme dès 2001. Actuellement, la liste de produits médicaux présélectionnés comprend 178 formulations antirétrovirales, dont 56 proviennent de compagnies pharmaceutiques et 122 de fabricants de génériques. En 2007, l'OMS a présélectionné 13 nouvelles formules, elle a reçu 23 dossiers de demande et a commencé à apporter une assistance technique (par exemple sur les formulations pédiatriques des médicaments antirétroviraux) au niveau national.

En 2005–2006, l'OMS a réalisé une enquête sur l'assurance qualité des médicaments antirétroviraux au Cameroun, au Kenya, au Nigéria, en Ouganda, en République démocratique du Congo, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie (49). Des 395 échantillons testés, aucun ne présentait de défauts de qualité qui auraient posé un risque pour les patients. Les résultats de cette enquête et d'autres ultérieures sur la qualité des médicaments sont essentiels pour que le rythme de l'élargissement du traitement ne compromette par les propriétés des médicaments disponibles.

Encadré 2.8. Stratégie de l'OMS pour renforcer la pharmacovigilance

Afin de renforcer la pharmacovigilance et d'améliorer la surveillance des traitements dans les environnements à ressources limitées, l'OMS a préparé un plan pour :

- coordonner et normaliser les approches de pharmacovigilance pour les médicaments antirétroviraux ;
- aider les autorités nationales à investir en faveur de l'identification et la gestion de la pharmacovigilance pour les médicaments antirétroviraux ;
- réaliser, coordonner et soutenir des études centrées sur les manifestations indésirables et les interactions médicamenteuses liées aux médicaments antirétroviraux ;
- soutenir la collecte de données régionales et mondiales en améliorant la notification spontanée et active des manifestations indésirables liées aux médicaments antirétroviraux ; et
- analyser les données et diffuser des informations sur la pharmacovigilance.

2.1.7 Prix des médicaments antirétroviraux

Le GPRM (*Global Price Reporting Mechanism*), créé en 2004, est un système mondial d'information sur le prix des transactions des médicaments antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (50).

Dans ces pays, le prix de la plupart des médicaments de première intention avait diminué de 30% à 64% entre 2004 et 2007, et de 10% à 40% entre 2006 et 2007. Cette baisse a sensiblement contribué à élargir l'accès au traitement, même si les prix demeurent élevés dans la plupart des pays d'Europe orientale et d'Amérique latine.

Le prix moyen des schémas thérapeutiques de deuxième intention reste élevé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (avec quelques exceptions dans certains pays à faible revenu), où peu de médicaments génériques présélectionnés, voire aucun, ne sont disponibles.

Prix des schémas thérapeutiques de première intention dans les pays à faible revenu

Le prix médian du traitement de première intention (présélectionné par l'OMS) payé dans les pays à faible revenu en 2007 allait, par patient et par an, de \$US 92 (pour l'association la plus courante à dose fixe stavudine + lamivudine + névirapine) à \$US 294 (pour l'association à dose fixe zidovudine + lamivudine plus éfavirenz) (figure 2.9). Le coût médian pondéré des quatre associations de première intention les plus fréquemment utilisées (qui représentent 86% des schémas thérapeutiques prescrits en première intention dans les pays à faible revenu) était de \$US 170 par personne et par an en 2007⁸.

La baisse du prix des médicaments enregistrée entre 2004 et 2007 est attribuable à l'expansion des programmes de traitement, à la concurrence accrue entre un nombre grandissant de produits présélectionnés par l'OMS, aux nouvelles politiques d'établissement des prix des compagnies pharmaceutiques et aux négociations entre la Fondation William J. Clinton et les principaux fabricants de génériques⁹.

8 Le coût moyen pondéré est calculé en attribuant au prix de chaque association de médicaments un coefficient qui est égal à la proportion que cette association représente dans le volume total des schémas de première intention dans les pays à faible revenu (ou à revenu intermédiaire).

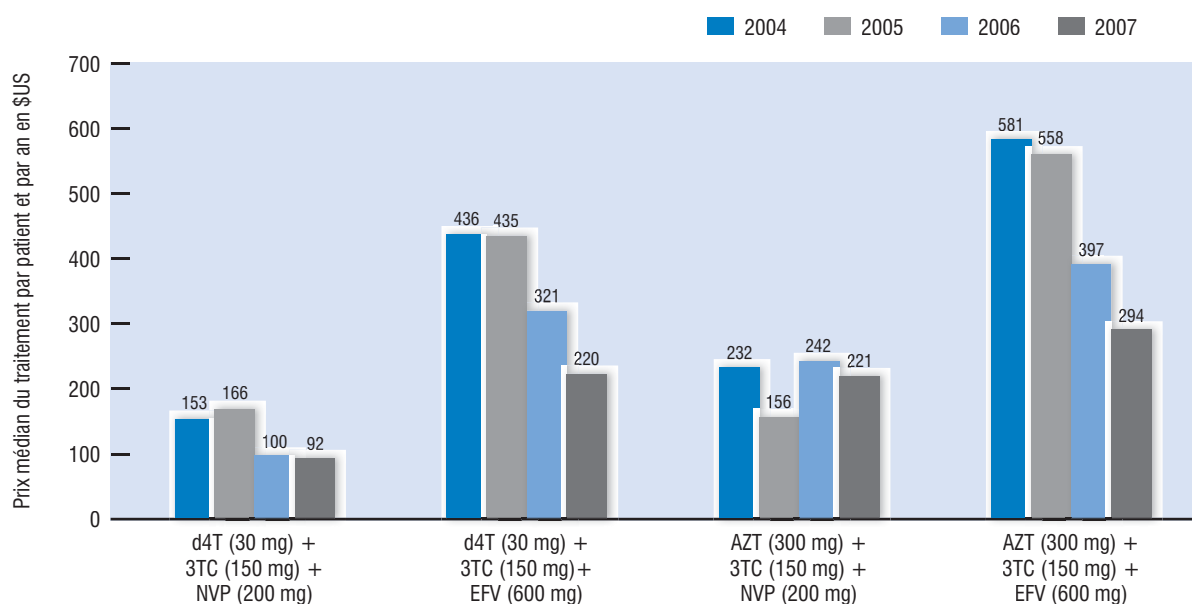
9 En 2007, l'OMS a publié un additif (51) à ses recommandations de 2006 sur le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent (5), indiquant que le dosage de 30 mg deux fois par jour pour tous les adultes et les adolescents, quel que soit leur poids corporel, était moins toxique et obtenait des résultats cliniques comparables à un dosage supérieur. Auparavant, une dose de 40 mg deux fois par jour était recommandée pour les personnes de plus de 60 kg et une dose de 30 mg deux fois par jour pour les personnes pesant moins de 60 kg. Ce dosage réduit a également permis de diminuer le coût des schémas de première intention qui comprennent la stavudine.

Prix des schémas thérapeutiques de première intention dans les pays à revenu intermédiaire

Les prix moyens des traitements de première intention ont sensiblement diminué dans les pays à revenu intermédiaire et sont maintenant proches de ceux qui sont pratiqués dans les pays à faible revenu (figure 2.10). En 2007, le prix médian allait,

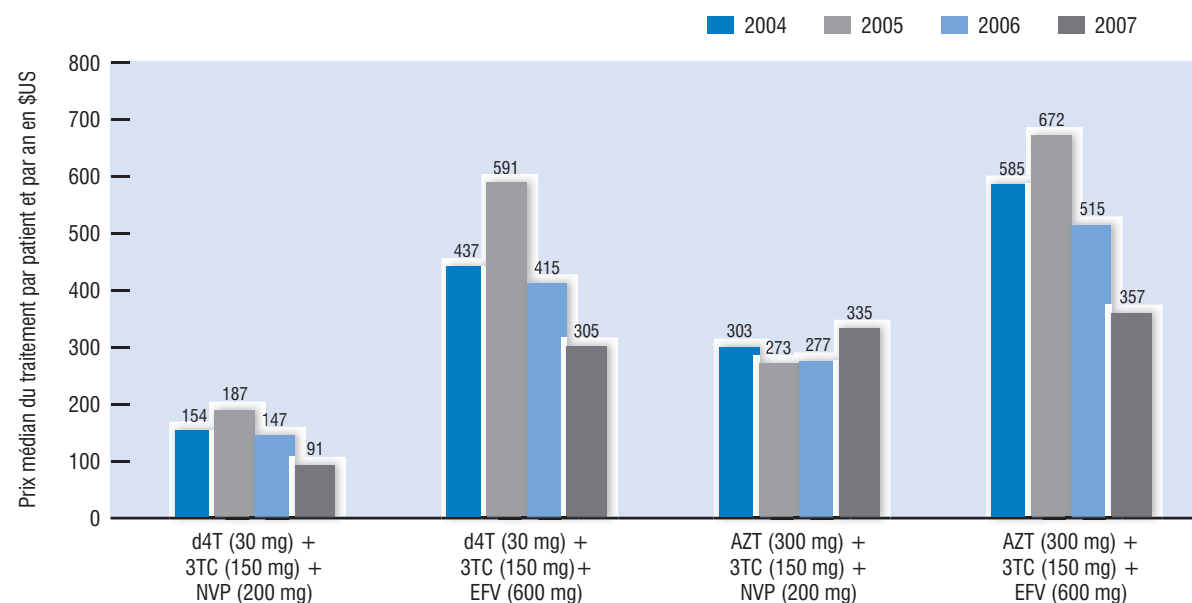
par patient et par an, de \$US 91 pour l'association la moins coûteuse (stavudine + lamivudine + névirapine) à \$US 357 pour le schéma le plus onéreux (zidovudine + lamivudine + éfavirenz). La même année, le coût médian pondéré des quatre associations de première intention les plus fréquemment utilisées était de \$US 188 par personne et par an.

Figure 2.9. Prix médian (en dollars des États-Unis) des schémas de traitement antirétroviral de première intention dans les pays à faible revenu, 2004-2007



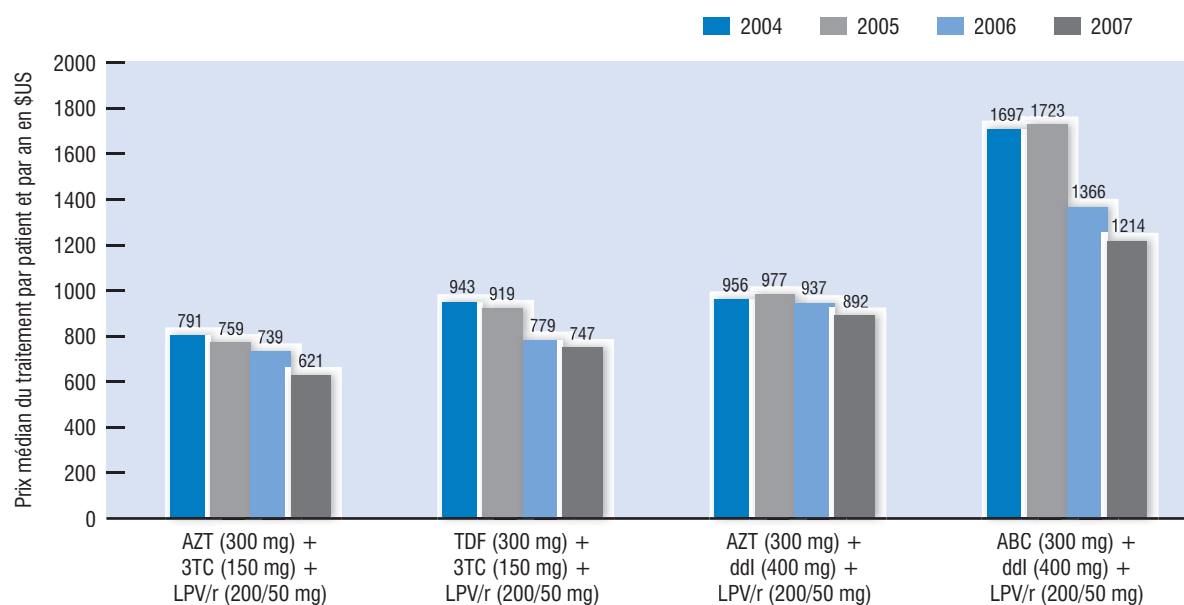
d4T : stavudine ; 3TC : lamivudine ; NVP : névirapine ; EFV : éfavirenz ; AZT : zidovudine.

Figure 2.10. Prix médian (en dollars des États-Unis) des schémas de traitement antirétroviral de première intention dans les pays à revenu intermédiaire, 2004-2007



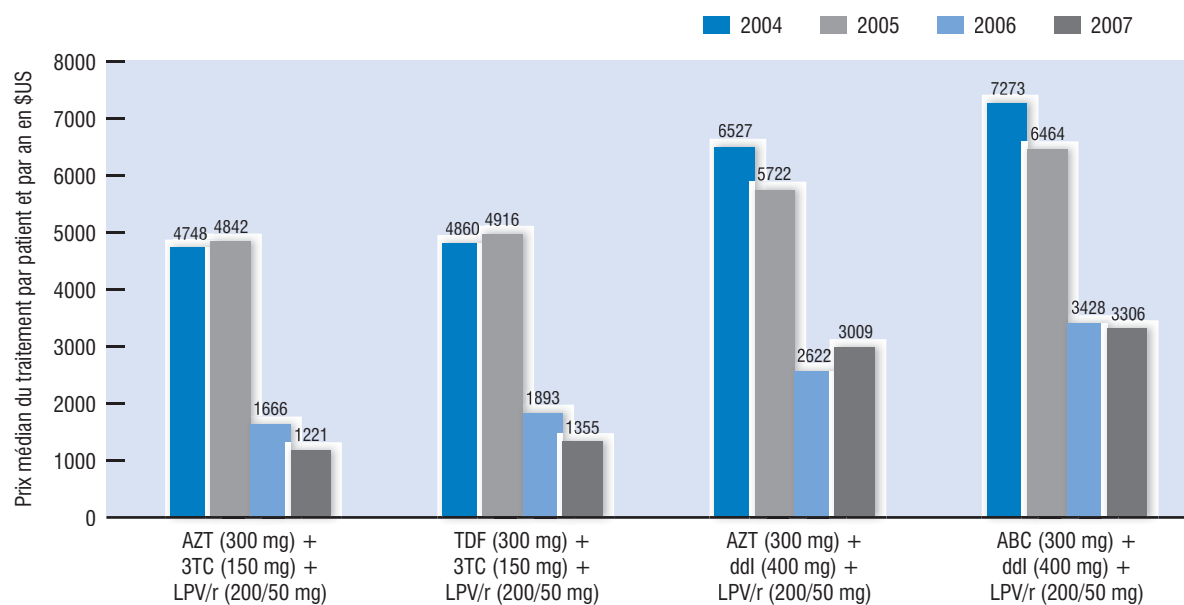
d4T : stavudine ; 3TC : lamivudine ; NVP : névirapine ; EFV : éfavirenz ; AZT : zidovudine.

Figure 2.11. Prix médian (en dollars des États-Unis) des schémas de traitement antirétroviral de deuxième intention dans les pays à faible revenu, 2004–2007



AZT : zidovudine ; 3TC : lamivudine ; LPV/r : lopinavir potentialisé par le ritonavir ; TDF : ténofovir ; ddl : didanosine ; ABC : abacavir.

Figure 2.12. Prix médian (en dollars des États-Unis) des schémas de traitement antirétroviral de deuxième intention dans les pays à revenu intermédiaire, 2004–2007



AZT : zidovudine ; 3TC : lamivudine ; LPV/r : lopinavir potentialisé par le ritonavir ; TDF : ténofovir ; ddl : didanosine ; ABC : abacavir.

Schémas de deuxième intention dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les schémas de deuxième intention sont encore nettement plus chers que les schémas de première intention. En 2007, le prix médian du schéma de deuxième intention le plus fréquemment utilisé (une association de didanosine + abacavir + lopinavir potentialisé par le ritonavir) était de \$US\$ 1214 dans les pays à faible revenu et de \$US 3306 dans les pays à revenu intermédiaire (figures 2.11 et 2.12). Le coût médian par personne et par an de l'association ténofovir + lamivudine + lopinavir potentialisé par le ritonavir est de \$US 747 dans les pays à faible revenu et de \$US 1355 dans les pays à revenu intermédiaire. Les prix réellement pratiqués pour des schémas de deuxième intention varient beaucoup d'un pays à l'autre. Ainsi, en 2007, l'association didanosine + abacavir + lopinavir potentialisé par le ritonavir coûtait en moyenne \$US 1600 par personne et par an en Afrique du Sud, contre \$US 3448 en El Salvador.

À mesure que le nombre absolu de personnes qui ont besoin de traitements de deuxième intention continuera d'augmenter, il sera de plus en plus important de garantir le meilleur rapport coût-efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles (encadré 2.9).

2.1.8 Services de laboratoire

L'approche de santé publique de l'extension de l'accès au traitement antirétroviral recommande de commencer ce traitement en utilisant les stades cliniques de l'OMS si l'on ne dispose pas des capacités de laboratoire requises pour réaliser une numération des cellules CD4 (52) et d'exercer une surveillance clinique des patients sous traitement antirétroviral pour détecter une toxicité (afin de remplacer les médicaments antirétroviraux) et l'échec du traitement (afin de commencer un traitement de deuxième intention).

Une récente étude de modélisation (53) confirme ces recommandations simples, qui permettront une prise en charge décentralisée du traitement antirétroviral. L'étude a prédit que, sur cinq ans, la survie en Afrique des patients ayant commencé un schéma thérapeutique standard (stavudine + lamivudine + névirapine) serait de 83% pour ceux dont la charge virale aura été surveillée, de 82% pour les patients avec numération des CD4 et de 82% pour les patients ayant seulement fait l'objet d'une surveillance clinique à l'aide des stades cliniques de l'OMS. Les chiffres correspondants sur une période de 20 ans étaient respectivement de 67%, 64% et 64%. L'étude a également indiqué que l'utilisation de la surveillance de la charge virale n'est pas une stratégie rentable en situation de ressources limitées.

Encadré 2.9. Utiliser les informations du marché pour diminuer le prix des médicaments : l'exemple du Maroc

Par rapport à d'autres pays à revenu intermédiaire, le Maroc, qui connaît une épidémie concentrée, a payé à des prix élevés les médicaments antirétroviraux. Depuis l'introduction du traitement antirétroviral dans le pays en 1998, il a pris des mesures pour contenir son coût, notamment en négociant avec les compagnies pharmaceutiques, en réduisant les droits de douane et en introduisant des associations de génériques. En 2005, le pays a signé un accord avec l'Initiative de lutte contre le VIH/sida de la Fondation Clinton pour obtenir les médicaments antirétroviraux à meilleur prix. Grâce à ces efforts, le coût moyen d'un traitement de première intention par patient et par mois est passé de \$US 1300 en 1998 à \$US 48 en 2007. Néanmoins, ce prix était encore relativement élevé comparé à d'autres pays à revenu intermédiaire qui ont un nombre comparable de personnes ayant besoin d'un traitement.

En 2007, le Ministère de la Santé a travaillé avec les parties prenantes marocaines et les organisations internationales, notamment l'OMS et l'ONUSIDA, pour réviser les prix actuels des médicaments antirétroviraux, déterminer des options supplémentaires pour des réductions de prix et préparer un plan d'action sur les prix des médicaments.

Des données du mécanisme GPRM de l'OMS ont été utilisées pour comparer le prix des médicaments antirétroviraux au Maroc de 2003 à 2007 avec ceux qui étaient pratiqués dans d'autres pays à revenu intermédiaire. Dans de nombreux cas, mêmes les prix de 2007 au Maroc étaient supérieurs de plus de 30% aux prix médians payés dans des pays à revenu intermédiaire.

Le groupe a aussi entrepris un examen du statut des brevets, a recommandé des mesures pour faciliter l'enregistrement des produits génériques et entamé des discussions avec les fournisseurs sur la base d'une comparaison des prix dans des pays semblables. Des experts nationaux du traitement ont révisé la liste d'associations individuelles et à dose fixe qui sont utilisées dans le pays et ont sélectionné un plus petit nombre de produits d'un bon rapport coût/efficacité qu'il serait possible d'acheter en grande quantité tout en conservant des résultats optimaux du traitement.

Ces efforts ont permis de diminuer de 25% à 57% le prix par personne et par an des médicaments antirétroviraux de première intention.

Les activités pour renforcer les capacités de laboratoire demeurent importantes pour la numération des CD4 (particulièrement pour déterminer quand le traitement antirétroviral peut être commencé de manière optimale) et pour la charge virale, afin d'évaluer l'observance du traitement et les réactions initiales au traitement antirétroviral. Néanmoins, l'extension de l'accès aux services de laboratoire, dans le cadre du renforcement général du système de santé ou comme priorité des programmes de traitement antirétroviral, ne doit pas se faire au détriment de l'extension de l'accès au traitement antirétroviral.

En 2007, des 74 pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont transmis des données sur la surveillance des CD4 pour les patients sous traitement antirétroviral¹⁰, la plupart indique qu'ils utilisent cette technique dans tout ou partie de leurs centres de traitement, soit directement sur place, soit en référant les prélèvements vers des laboratoires équipés. Seuls deux pays rapportent qu'ils administrent le traitement antirétroviral sans aucune surveillance des CD4. Des 5856 centres qui dispensent le traitement antirétroviral dans ces 74 pays, 4850 établissements (78%) utilisent la surveillance des CD4 sur place ou en référant. Les pays de la région OMS des Amériques rapportent une proportion plus élevée de centres qui ont recours à la numération des CD4 (95%) que dans d'autres régions OMS, où la proportion varie entre 69% et 80%. Cependant, même lorsque la numération des CD4 est disponible, les pays peuvent se heurter à des difficultés pour utiliser et entretenir les équipements; les capacités peuvent être insuffisantes pour répondre à la demande et provoquer des retards dans l'envoi des résultats au clinicien et au patient, empêchant ainsi une information ponctuelle des décisions sur le traitement. Les pays en Europe orientale indiquent qu'ils utilisent à la fois la numération des CD4 et la charge virale pour initier un traitement antirétroviral et en surveiller les résultats.

2.2 Soins et prise en charge de la coinfection VIH/tuberculose et d'autres types de comorbidité

La prise en charge des nombreuses infections opportunistes et de la comorbidité liée au VIH exige une riposte intégrée du secteur de la santé. La prévention et le traitement des

infections opportunistes et de la comorbidité peuvent sensiblement réduire la morbidité et la mortalité des personnes vivant avec le VIH. Le secteur de la santé doit aussi veiller à ce que ces personnes aient accès à un soutien nutritionnel et psychosocial approprié, à des soins palliatifs et des soins de fin de vie.

La tuberculose demeure la principale cause de morbidité et de mortalité liées au VIH. Qu'une personne suive ou non un traitement antirétroviral, la tuberculose associée au VIH peut être évitée et soignée.

2.2.1 Répondre à l'épidémie double de VIH et de tuberculose¹¹

Près d'un tiers de la population mondiale est infecté par *Mycobacterium tuberculosis*, la bactérie responsable de la tuberculose. Bien que cette bactérie demeure habituellement latente, les personnes dont le système immunitaire est intact courent un risque de développer la maladie active d'environ 5% à 10% tout au long de leur vie. Chez les personnes vivant avec le VIH, ce risque s'accroît considérablement, pour atteindre environ 10% par an.

De récents rapports continuent de mettre en lumière la grave menace de santé publique que pose l'épidémie double de VIH et de tuberculose. La tuberculose est désormais la maladie opportuniste potentiellement mortelle la plus fréquente chez les personnes vivant avec le VIH, y compris celles qui suivent un traitement antirétroviral, et c'est une cause majeure de mortalité (55), qui risque d'annuler les progrès accomplis dans l'expansion des programmes de prévention, de soins et de traitement des personnes vivant avec le VIH. L'émergence de formes encore plus virulentes, notamment la tuberculose multirésistante aux médicaments, constitue une menace alarmante pour la santé et la sécurité dans le monde.

Depuis 1990, l'incidence de la tuberculose a augmenté de manière dramatique dans les régions où le VIH est endémique. En Afrique subsaharienne, les cas de tuberculose ont été multipliés par deux à six, ce qui a créé de très fortes pressions sur les services de santé ainsi qu'une hausse de la mortalité.

¹⁰ Données transmises à l'OMS en réponse au questionnaire annuel sur la surveillance de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2007.

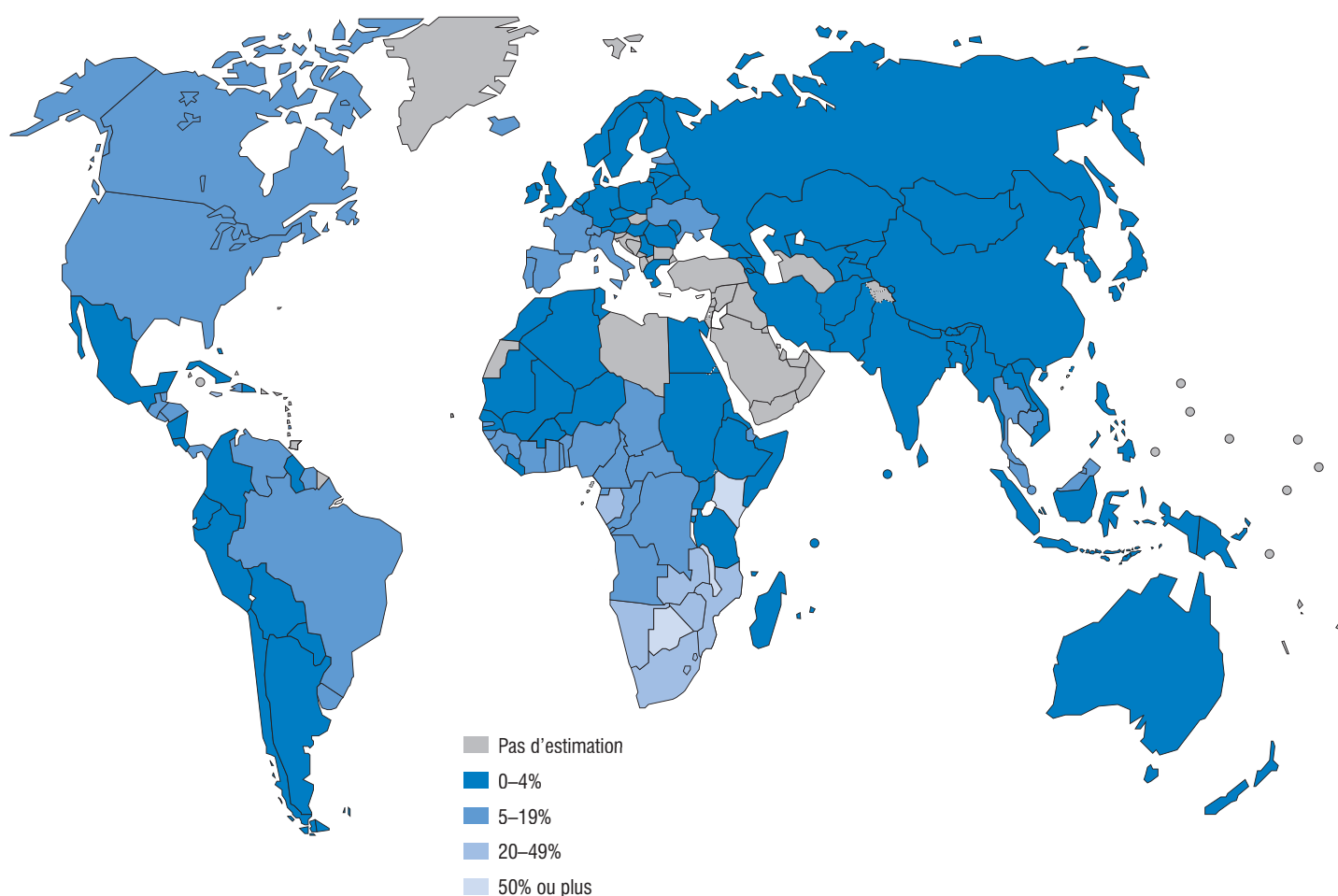
¹¹ La section 2.2.1 s'inspire largement de *Global tuberculosis control 2008 – surveillance, planning, financing* (54). Les autres références sont citées dans cette section.

En 2006, 700 000 personnes vivant avec le VIH étaient atteintes de tuberculose dans le monde. Près de 12% des décès parmi les personnes séropositives au VIH sont dus à la tuberculose. L'Afrique subsaharienne représente 85% des personnes infectées aussi bien par la tuberculose que par le VIH, certains pays étant particulièrement touchés (figure 2.13). Ainsi, l'Afrique du Sud abrite 0,7% de la population mondiale, mais 28% des personnes infectées à la fois par le VIH et la tuberculose dans le monde et 33% des cas en Afrique subsaharienne. Les cohortes de personnes suivant un traitement antirétroviral révèlent des taux élevés de tuberculose chez les personnes qui commencent le traitement, en particulier pendant les six premiers mois.

L'épidémie double de VIH et de tuberculose a des conséquences considérables en dehors de l'Afrique

subsaharienne. Les taux d'incidence de la tuberculose sont élevés dans de nombreux pays d'Europe. La fréquence des cas de tuberculose dans de nombreux pays, le nombre élevé de cas de tuberculose multirésistante aux médicaments, l'apparition de formes ultrarésistantes de la maladie, les poussées de la maladie dans le réservoir croissant des personnes vivant avec le VIH, la vaste population des prisons et la mobilité grandissante de la population sont autant de facteurs qui font de la tuberculose une urgence régionale et exigent des mesures efficaces de lutte au niveau de la région. La consommation de drogues injectables est un facteur majeur de l'épidémie de VIH dans beaucoup de pays d'Europe, et le risque concomitant de développer la tuberculose complique encore le dépistage et la prise en charge du VIH et de la tuberculose (notamment le non-recours aux services et la médiocre observance du traitement).

Figure 2.13. Estimation de la prévalence du VIH chez les personnes nouvellement infectées par la tuberculose, 2006



Émergence de la tuberculose résistante aux médicaments

La plupart des cas de tuberculose peuvent être soignés avec un schéma thérapeutique de six à huit mois. Néanmoins, l'émergence récente de formes de tuberculose multirésistante et d'une tuberculose ultrarésistante pose un risque sanitaire grave, en particulier dans les pays qui connaissent une prévalence élevée du VIH (encadré 2.10).¹²

Interventions recommandées par l'OMS pour prévenir et traiter le VIH et la tuberculose

Des activités conjointe de lutte contre le VIH et la tuberculose sont capitales pour alléger la charge de la tuberculose chez les personnes séropositives et la charge du VIH chez les patients tuberculeux ; elles devraient constituer une priorité aussi bien pour les programmes de lutte contre le VIH que contre la tuberculose. L'OMS a identifié des activités clés (encadré 2.11) afin que les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH définissent et appliquent des priorités pour la mise en œuvre d'une riposte conjointe à cette double épidémie.

Le nombre de pays qui se sont dotés de mécanismes et de politiques de lutte contre le VIH et la tuberculose a augmenté parmi les 63 pays prioritaires identifiés par l'OMS et qui ont fait l'objet d'une enquête en 2005-2006. Ces pays représentaient plus de 90% de la charge mondiale du VIH et de la tuberculose (figure 2.14). Toutefois, certains pays manquent encore d'interventions clés de santé publique pour prévenir et traiter la tuberculose (encadré 2.12).

La tuberculose est une cause majeure de mortalité chez les consommateurs de drogues injectables séropositifs. Les taux de mortalité associée à la tuberculose sont plusieurs fois supérieurs chez les toxicomanes séropositifs que dans la population générale vivant avec le VIH (58). Fin 2008, l'OMS publiera de nouvelles recommandations sur les services complets de prévention, de traitement et de soins de la tuberculose et du VIH pour les consommateurs de drogues.

Encadré 2.10. Augmentation des cas de tuberculose multirésistante et de tuberculose ultrarésistante

En février 2008, l'OMS a publié un rapport indiquant que la tuberculose multirésistante avait atteint un taux sans précédent (57). Le rapport était fondé sur des informations recueillies auprès de 90 000 personnes tuberculeuses dans 81 pays entre 2002 et 2006.

Sur les 9 millions de nouveaux cas de tuberculose, près d'un demi-million sont multirésistants. Les prévalences les plus élevées ont été enregistrées en Azerbaïdjan, dans la Fédération de Russie, en Moldova, en Ouzbékistan et en Ukraine. L'Ukraine a ainsi déclaré que la proportion de cas de tuberculose multirésistante chez les personnes vivant avec le VIH était près de deux fois celle qui est enregistrée chez les personnes malades de la tuberculose, mais séronégatives. En Afrique subsaharienne, la région du monde qui connaît les taux les plus élevés de tuberculose et de VIH, des données étaient disponibles pour six pays seulement. Cela rend difficile d'évaluer la véritable charge de la coinfection.

Le rapport notait également que 45 pays avaient notifié des cas de tuberculose ultrarésistante, qui est presque impossible à traiter, et que l'infection à VIH était étroitement associée à la tuberculose ultrarésistante. De récentes données sur la tuberculose ultrarésistante chez les personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne suggèrent un taux de mortalité de plus de 95%. Une action est nécessaire de toute urgence pour lutter contre la tuberculose ultrarésistante, en donnant davantage la priorité à de nouvelles approches de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose. Les mesures peuvent comprendre, sans pour autant s'y limiter, une application plus énergique de la méthode dite des «trois I» pour les personnes vivant avec le VIH : intensification de la recherche de cas de tuberculose, traitement à l'isoniazide pour prévenir la tuberculose et lutte contre l'infection tuberculeuse. Ces interventions sont intimement liées au dépistage de la tuberculose, qui est une composante nécessaire du processus de prise de décision pour la lutte contre l'infection par la tuberculose, le traitement préventif et le diagnostic de cette maladie.

On estime que \$US 4,8 milliards sont requis pour l'ensemble de la lutte contre la tuberculose dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2008, \$US 1 milliard étant nécessaire pour les seuls programmes de lutte contre la tuberculose multirésistante et la tuberculose ultrarésistante.

¹² La tuberculose multirésistante survient quand les bactéries tuberculeuses sont résistantes au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, les deux médicaments antituberculeux les plus puissants. La tuberculose ultrarésistante résiste à n'importe quel fluoroquinolone, et au moins à l'un des trois médicaments injectables de deuxième intention (capréomycine, kanamycine et amikacine), en plus de l'isoniazide et de la rifampicine.

Encadré 2.11. Activités conjointes recommandées en matière de VIH et de tuberculose

L'OMS recommande les activités conjointes suivantes pour les programmes nationaux de lutte contre le VIH et la tuberculose (57).

Établir des mécanismes pour la collaboration

- Former un organe de coordination pour des activités en matière de VIH et de tuberculose efficaces à tous les niveaux
- Surveiller la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux
- Mener une planification conjointe VIH/tuberculose
- Assurer le suivi et l'évaluation

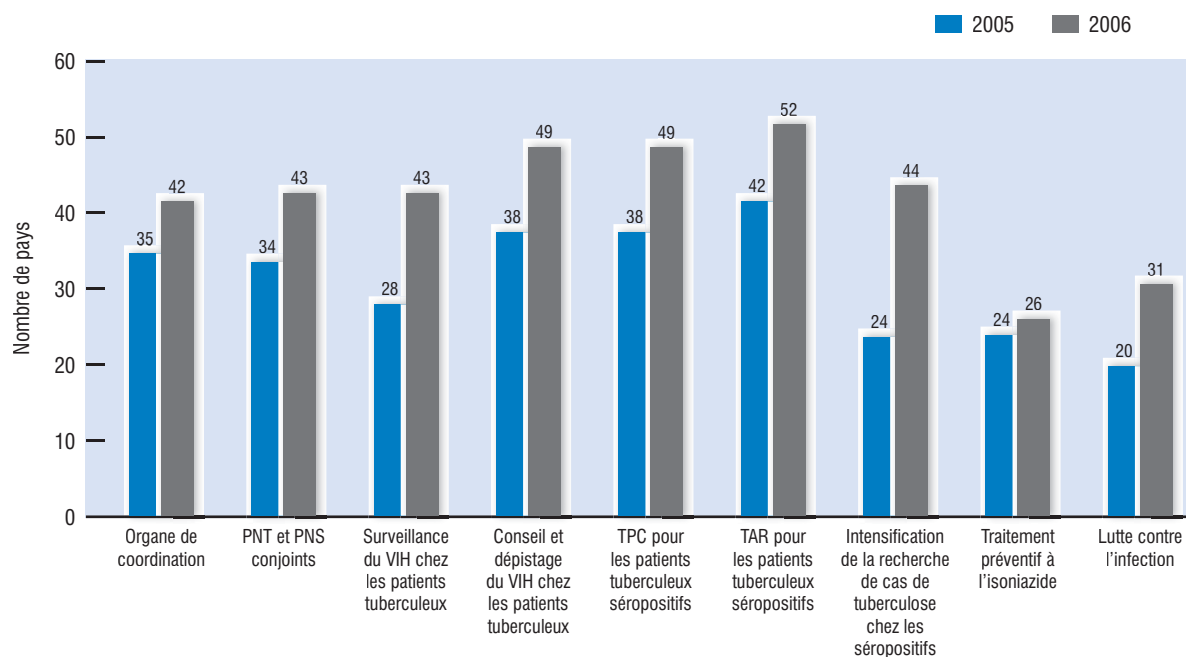
Alléger la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

- Intensifier le dépistage des cas de tuberculose
- Introduire un traitement préventif à l'isoniazide
- Veiller à lutter contre l'infection tuberculeuse dans les centres de santé et les lieux fortement peuplés

Diminuer la charge du VIH chez les malades de la tuberculose

- Assurer le conseil et le dépistage du VIH
- Introduire des méthodes de prévention du VIH
- Introduire un traitement préventif au cotrimoxazole
- Garantir un soutien et des soins du VIH
- Introduire le traitement antirétroviral

Figure 2.14. Mécanismes de collaboration et politiques pour des activités conjointes VIH/tuberculose dans 63 pays prioritaires, 2005–2006



PNT : programme national de lutte contre la tuberculose. PNS : programme national de lutte contre le sida. TPC : traitement préventif au cotrimoxazole. TAR : traitement antirétroviral.

Encadré 2.12. Étendre la prophylaxie au cotrimoxazole et le traitement préventif à l'isoniazide

En 2007, l'OMS a réalisé une enquête mondiale pour évaluer les progrès dans la définition et l'application des recommandations sur l'administration de la prophylaxie au cotrimoxazole et du traitement préventif à l'isoniazide. L'enquête a recueilli des données sur les politiques nationales en matière de prophylaxie au cotrimoxazole et de traitement préventif à l'isoniazide en cas d'infection à VIH, leur niveau actuel de mise en œuvre dans plusieurs établissements et les obstacles que rencontrent ces politiques. Un questionnaire auto-administré a été adressé aux bureaux de l'OMS dans 69 pays représentant 98% de la charge mondiale VIH/tuberculose et 97% de la charge mondiale du VIH. Quarante et un pays ont répondu à l'enquête ; ils représentaient 85% de la charge mondiale VIH/tuberculose et 82% de la charge mondiale du VIH.

Prophylaxie au cotrimoxazole

Sur ces 41 pays, 38 (93%) avaient défini une politique nationale sur l'administration de la prophylaxie au cotrimoxazole aux personnes vivant avec le VIH. Néanmoins, 25 pays seulement (61%) l'avaient appliquée à l'échelle nationale. Dans 24 de ces 25 pays (96%), plus de 80% des centres assurant un traitement antirétroviral fournissaient aussi une prophylaxie au cotrimoxazole. Toutefois, les services de prise en charge de la tuberculose pratiquaient peu la prophylaxie au cotrimoxazole. De plus, ce traitement préventif était rarement assuré dans les centres prenant en charge les enfants vivant avec le VIH et les nourrissons exposés au VIH.

Dans l'ensemble, la plupart des pays inclus dans l'enquête avaient fait des progrès dans la définition de la politique sur la prophylaxie au cotrimoxazole, mais beaucoup rencontraient des difficultés pour en étendre l'application. L'approvisionnement erratique et les ruptures de stocks de cotrimoxazole dans les établissements de santé étaient cités comme le principal obstacle à l'expansion de la politique sur la prophylaxie au cotrimoxazole au niveau national dans 70% des pays qui avaient fourni cette information. D'autres obstacles comprenaient la médiocrité de la formation et de la supervision des agents de santé, la pénurie de ressources humaines, le manque de systèmes pour surveiller l'administration de la prophylaxie, la déficience des activités de plaidoyer sur les avantages de cette intervention, l'insuffisance de l'intégration des services VIH/tuberculose et la crainte de la stigmatisation.

Des activités plus énergiques de plaidoyer sur les avantages de la prophylaxie au cotrimoxazole et un appui pour améliorer le système national de gestion des médicaments peuvent aider les pays à élargir cette intervention. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et d'autres institutions internationales de financement devraient envisager d'inclure des recommandations sur l'importance des approvisionnements en cotrimoxazole et de la surveillance de l'expansion de la prophylaxie au cotrimoxazole dans leurs directives sur les demandes de financement.

Traitement préventif à l'isoniazide

Des 41 pays ayant répondu à l'enquête, 21 (51%) avaient défini une politique nationale sur l'administration d'un traitement préventif à l'isoniazide aux personnes vivant avec le VIH. Cependant, seulement 15% (6 pays sur 41) l'avaient appliquée à l'échelle nationale (figure 2.16). Même dans les pays qui avaient défini une politique nationale, peu de traitements préventifs à l'isoniazide étaient administrés dans tous les centres assurant des soins du VIH et de la tuberculose.

De même, le développement et l'application du traitement préventif à l'isoniazide au niveau national demeurent sous-optimaux dans la plupart de ces pays. La difficulté d'éliminer une tuberculose active, la médiocre intensification de la recherche des cas de tuberculose, les difficultés pour diagnostiquer une tuberculose latente et les inquiétudes concernant l'observance du traitement et l'apparition de monorésistances à l'isoniazide étaient les principales raisons citées pour expliquer l'absence de définition ou d'application d'une politique nationale sur le traitement préventif à l'isoniazide. D'autres motifs concernaient le manque de consensus parmi les décideurs et les experts et l'incertitude quant aux avantages à long terme de cette intervention. Les pays qui avaient défini une politique sur le traitement préventif à l'isoniazide rencontraient des obstacles semblables pour étendre cette intervention au niveau national.

Des activités énergiques de plaidoyer, la diffusion des informations scientifiques concluantes sur les avantages et la faisabilité du traitement préventif à l'isoniazide et la publication de recommandations pour sa mise en œuvre comme composante essentielle des soins du VIH peuvent aider les pays à adopter et appliquer des directives à grande échelle. Une récente consultation d'experts de l'OMS sur les «trois I» a recommandé de développer sans délai un conditionnement conjoint et/ou une formule conjointe de cotrimoxazole et d'isoniazide pour régler les problèmes concernant la logistique, l'observance du traitement et l'intégration des services.

Couverture mondiale des activités conjointes VIH/tuberculose

Diminuer la charge du VIH chez les patients tuberculeux

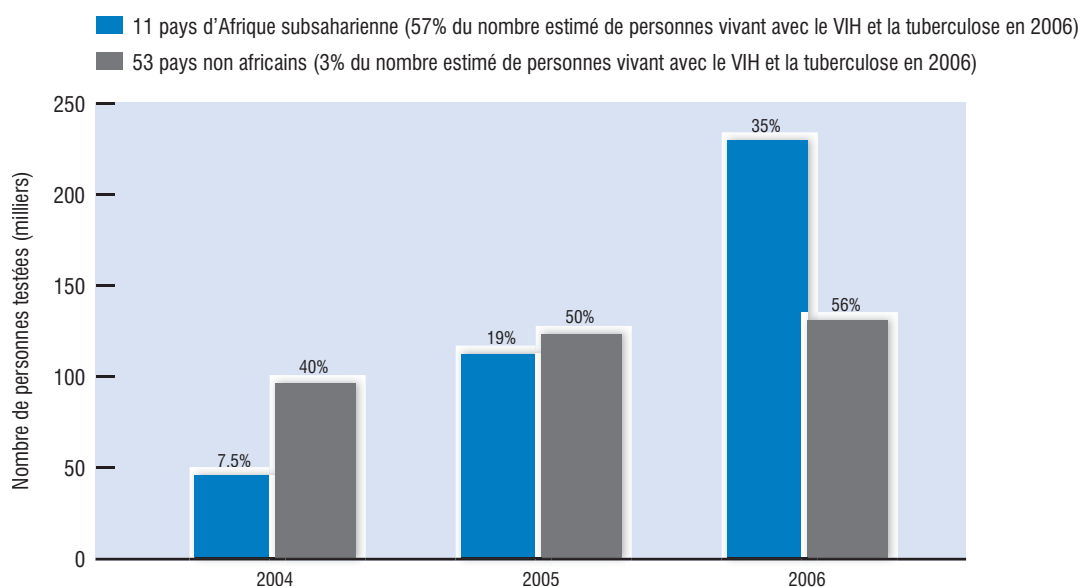
Ces dernières années, les pays ont accompli des progrès remarquables dans les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose. Ils ont beaucoup avancé dans l'application des interventions destinées aux personnes tuberculeuses, en particulier le dépistage du VIH, l'administration de cotrimoxazole et l'accès au traitement antirétroviral.

Pourtant, malgré l'expansion du conseil et du dépistage du VIH ces dernières années chez les personnes tuberculeuses, la couverture globale demeure insuffisante (54). En 2006, près de 700 000 malades de la tuberculose ont eu accès au dépistage du VIH dans 112 pays ayant transmis des données, contre 470 000 en 2005 et 22 000 en 2002. Le nombre total de malades de la tuberculose ayant eu accès au dépistage du VIH en 2006 représente 12% des cas de tuberculose déclarés dans le monde et 22% des cas de tuberculose notifiés en Afrique subsaharienne. En moyenne, la moitié des malades de

la tuberculose qui sont testés sont séropositifs. Ne pas tester les 78% restants parmi la population tuberculeuse en Afrique subsaharienne représente donc une opportunité manquée de prévention, de soins et de traitement de personnes vivant avec la tuberculose et le VIH.

Certains pays d'Afrique subsaharienne fortement touchés par le VIH et la tuberculose ont fait état d'augmentations notables du conseil et du dépistage du VIH chez les malades de la tuberculose (figure 2.15). Le pourcentage de malades de la tuberculose déclarés ayant eu un test du VIH a quadruplé, passant de 8% à 35% dans 11 pays d'Afrique subsaharienne qui ont transmis des données pour toutes les années de 2002 à 2006 et représentaient plus de 50% des personnes séropositives malades de la tuberculose. Le Rwanda, le Malawi et le Kenya ont obtenu les taux de dépistage les plus élevés, avec 76%, 64% et 60% respectivement. Des pays d'Asie sont également parvenus à des progrès du conseil et dépistage du VIH chez les malades de la tuberculose. Ainsi, en Malaisie, 69% des tuberculeux ont eu un test du VIH inscrit dans les registres de la tuberculose entre janvier et septembre 2007¹³.

Figure 2.15. Nombre et pourcentage de cas déclarés de tuberculose qui ont eu un test du VIH dans les 64 pays ayant transmis des données pour toutes les années de 2004 à 2006



Les nombres au-dessus des barres représentent le pourcentage de malades notifiés de la tuberculose qui ont eu un dépistage du VIH.

¹³ Données transmises à l'OMS en réponse au questionnaire annuel sur la surveillance de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2007.

Outre l'élargissement systématique du conseil et du dépistage du VIH, les pays doivent appliquer des approches globales et efficaces de prévention pour les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose afin d'aborder des questions difficiles comme le dépistage du partenaire, la planification familiale, le conseil des couples sérodiscordants et la recherche de cas de VIH et de tuberculose chez les membres de la famille. Plusieurs pays ont initié ces activités, et des activités telles que le test du partenaire pour les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose devraient devenir la norme des soins dans des régions qui connaissent une prévalence plus élevée du VIH.

On a également enregistré des progrès considérables dans l'administration de la prophylaxie au cotrimoxazole et du traitement antirétroviral aux personnes vivant avec le VIH et la tuberculose. Le nombre de personnes séropositives et tuberculeuses traitées avec la prophylaxie au cotrimoxazole a atteint 147 000 en 2006, ce qui représente 78% des personnes infectées par le VIH et la tuberculose qui ont été identifiées par le dépistage ; c'est 2,5 fois plus que les 58 000 personnes ayant bénéficié de la prophylaxie au cotrimoxazole en 2005. Un grand nombre de personnes vivant avec le VIH et la tuberculose pourraient recevoir cette prophylaxie si davantage de pays atteignaient les taux élevés de dépistage du VIH dans des pays comme le Kenya, le Malawi et le Rwanda.

Au niveau mondial, près de 67 000 personnes vivant avec le VIH et la tuberculose ont commencé un traitement antirétroviral en 2006. C'est deux fois plus que les 29 000 personnes séropositives au VIH et malades de la tuberculose qui avaient commencé un traitement antirétroviral en 2005

et sept fois plus que le nombre rapporté en 2004 (9800). Globalement, 41% des personnes chez qui on a diagnostiqué une infection à VIH et la tuberculose participaient à un programme de traitement antirétroviral. Comme avec la prophylaxie au cotrimoxazole, l'une des raisons expliquant que ce nombre ne soit pas plus élevé est l'insuffisance du taux de dépistage du VIH (encadré 2.12).

Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

Étendre la prévention et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH doit constituer une priorité aussi bien pour les programmes de lutte contre le VIH que contre la tuberculose. Il existe plusieurs interventions clés de santé publique pour prévenir et traiter la tuberculose, notamment les « trois I » : traitement préventif à l'isoniazide, intensification de la recherche de cas de tuberculose active et la lutte contre l'infection tuberculeuse (encadré 2.13).

En dépit des progrès remarquables accomplis pour cibler les personnes vivant avec la tuberculose, la mise en œuvre des interventions destinées à réduire l'impact de la tuberculose chez les personnes séropositives est nettement en deçà des objectifs définis en 2006 par le Plan mondial « Halte à la tuberculose » 2006–2015 (62).

L'intensification des activités de recherche de cas ou de dépistage de la tuberculose chez des personnes vivant avec le VIH a du mal à se concrétiser. À peine quelque 314 200 personnes vivant avec le VIH ont subi un dépistage de la tuberculose en 2006, ce qui ne représente qu'une infime fraction de la cible mondiale consistant à tester 11 millions de personnes séropositives d'ici à 2015.

Encadré 2.13. Les « trois I » : interventions prioritaires et conjointes de santé publique pour les personnes vivant avec le VIH

Intensification de la recherche de cas

Les services s'occupant du VIH utilisent plusieurs méthodes de dépistage pour intensifier leurs activités de recherche des cas de tuberculose. Le dépistage de la tuberculose chez les personnes séropositives au VIH est une première étape capitale dans la lutte contre l'infection par la tuberculose et pour décider s'il faut placer un patient sous traitement préventif à l'isoniazide ou le traiter pour la tuberculose.

Lutte contre l'infection par la tuberculose

Les mesures de lutte contre l'infection par la tuberculose sont essentielles pour prévenir la propagation de la bactérie *Mycobacterium tuberculosis*. Les mesures de lutte contre l'infection par la tuberculose sont essentielles pour prévenir la propagation de la bactérie (59) assorties d'un additif en 2006 (60). Des mesures adaptées de lutte contre l'infection (par exemple, élaborer un plan de lutte contre l'infection par la tuberculose, identifier rapidement les patients qui toussent, garantir un diagnostic rapide de la tuberculose, améliorer l'aération, etc.) devraient être appliquées et révisées périodiquement pour réduire le plus possible le risque de transmission.

Traitement préventif à l'isoniazide

Le traitement préventif de la tuberculose est sûr et efficace pour les personnes vivant avec le VIH dans un environnement à forte prévalence de tuberculose. Il réduit de 60% le risque de développer une tuberculose active à court terme (61). Bien que le traitement antirétroviral pour les personnes qui en ont besoin réduise sensiblement le risque de voir se déclarer la tuberculose, le traitement préventif à l'isoniazide a une nette valeur ajoutée pour les personnes séropositives dans les zones à forte prévalence de tuberculose. Intégrer le traitement préventif à l'isoniazide dans les services de soins systématiques du VIH est donc une priorité et devrait contribuer à d'autres efforts en vue de réduire l'impact de la tuberculose sur les personnes vivant avec le VIH.

La récente poussée de tuberculose ultrarésistante à Tugela Ferry, Afrique du Sud, avec un taux de mortalité de près de 100% chez les personnes séropositives, a rappelé qu'il faut mieux se prémunir contre la tuberculose, particulièrement dans des environnements qui desservent des personnes vivant avec le VIH. Bien que certains pays aient pris acte de la nécessité d'élargir la lutte contre l'infection par la tuberculose, les progrès dans l'application des interventions ont été très lents. Au deuxième trimestre de 2008, l'OMS actualisera ses recommandations sur la prévention de l'infection par la tuberculose dans les établissements de santé en situation de ressources limitées (59,60).

L'administration du traitement préventif à l'isoniazide aux personnes vivant avec le VIH demeure aussi extrêmement faible. Environ 27 000 personnes séropositives mais sans tuberculose active ont commencé un traitement préventif à l'isoniazide en 2006. Cela ne représente que 0,1% des 33 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde. En 2006, 70% des patients qui ont commencé un traitement préventif à l'isoniazide vivaient au Botswana.

Bien que les directives existent, les programmes nationaux ont besoin de plus de conseils concrets sur la manière d'élargir les activités globales de prévention de la tuberculose dans les sites de prise en charge du VIH. L'OMS a organisé une consultation d'experts sur les «trois I» en avril 2008 avec des acteurs clés, notamment des représentants des gouvernements, des experts, des donateurs et de la société civile. Les participants ont étudié les principaux enjeux de l'application et ont préparé des recommandations sur des mesures précises qui accéléreront l'application. L'OMS continuera de travailler avec les pays afin de conseiller les programmes nationaux et les aider à élargir l'accès à ces interventions vitales pour les personnes vivant avec le VIH.

2.2.2 VIH et hépatites virales

Parmi les plus de 30 millions de personnes qui vivent avec le VIH dans le monde, on estime que près de 3 millions sont infectées de manière chronique par le virus de l'hépatite B et environ 4-5 millions sont coinfectées par le virus de l'hépatite C (63).

Les taux d'infection par le virus de l'hépatite B sont élevés dans les pays endémiques d'Asie et d'Afrique, où la transmission se produit dans la période périnatale ou pendant l'enfance. La prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B est également élevée chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes dans les pays à revenu élevé car le virus de l'hépatite B se transmet par voie sexuelle. Plus de la moitié des hommes qui ont des rapports homosexuels dans ces pays ont des antécédents d'infection

par le virus de l'hépatite B, et de 5% à 10% présentent une infection chronique par le virus de l'hépatite B.

La prévalence de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C chez les personnes séropositives au VIH en Europe occidentale et aux États-Unis est estimée à 25%-30%. Les taux de coinfection sont en moyenne de 40% en Europe orientale, avec des pointes à 70%-95% pour l'Estonie, la Fédération de Russie et l'Ukraine. La transmission du virus de l'hépatite C est continue chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes aux États-Unis (64).

Parce que ces deux virus se propagent facilement en partageant des seringues contaminées et d'autres matériels d'injection (tel que l'eau et une solution), la coinfection par le VIH, le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C est fréquente chez les consommateurs de drogues injectables. Dans certains pays, on a estimé à 72%-95% la prévalence du virus de l'hépatite C parmi les consommateurs de drogues injectables séropositifs au VIH (63).

Un vaccin efficace existe pour l'hépatite B. Il doit être utilisé plus largement afin de protéger les personnes à risque, notamment les consommateurs de drogues injectables, les nourrissons, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et les agents de santé qui risquent des infections nosocomiales par blessure avec des aiguilles. Il n'y a pas de vaccin contre l'hépatite C, mais des mesures de réduction des risques protègent efficacement contre le VIH, le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C.

Plusieurs médicaments antirétroviraux, notamment la lamivudine et le ténofovir, sont hautement efficaces contre l'infection chronique par le virus de l'hépatite B. Des études de recherche opérationnelle sont entreprises pour identifier le meilleur moyen de prendre en charge le traitement conjoint du VIH et du virus de l'hépatite B et d'éviter l'émergence d'une pharmacorésistance du virus de l'hépatite B.

Dans la plupart des pays, l'accès au traitement du virus de l'hépatite B et C est limité, notamment chez les consommateurs de drogues injectables et les personnes qui participent à des programmes de désintoxication, notamment en raison du coût élevé du traitement. Des données récentes (65) indiquent que l'observance du traitement chez les consommateurs actuels et passés de drogues injectables est comparable à celle des non-usagers de drogues. Pourtant, dans de nombreux pays, les consommateurs de drogues injectables continuent d'être explicitement exclus du traitement en raison de craintes d'interactions entre les drogues et les médicaments et la possibilité d'une réinfection, quelle que soit l'indication clinique, leur volonté de recevoir le traitement et l'efficacité prouvée du traitement de l'infection par le virus de l'hépatite B et de l'hépatite C dans cette population.

Avec l'extension de l'accès au traitement antirétroviral et alors que les individus vivent plus longtemps, les caractéristiques de la comorbidité et de la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH évoluent. La maladie hépatique chronique, une complication majeure de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B et de l'hépatite C, est maintenant responsable d'une morbidité et d'une mortalité importantes chez les personnes vivant avec le VIH (66,67). Le VIH accélère la progression du virus de l'hépatite B aussi bien que du virus de l'hépatite C, et la réactivation de ces deux infections peut compliquer le syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire. Il est donc urgent de mieux évaluer l'ampleur de la maladie associée au virus de l'hépatite B et au virus de l'hépatite C chez les personnes vivant avec le VIH et de veiller à ce qu'un traitement adapté soit proposé aux individus coinfectés. Une maladie hépatique chronique peut aussi augmenter sensiblement la toxicité de certains médicaments antirétroviraux.

2.2.3 VIH et autres comorbidités

L'extension mondiale du traitement antirétroviral a amélioré les taux de survie des personnes vivant avec le VIH dans des environnements à ressources limitées. Néanmoins, il a également été associé à l'émergence d'autres types de comorbidité apparemment liés à la persistance de l'infection à VIH parmi celles-ci.

Plusieurs études cliniques ont examiné les changements des caractéristiques de la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH à l'époque du traitement antirétroviral hautement actif. Des études dans des pays à revenu élevé,

intermédiaire ou faible (68,69) montrent désormais que des maladies non liées au sida, comme le diabète, le cancer, les maladies cardiovasculaires, les affections hépatiques et autres remplacent rapidement les maladies liées au sida en tant que causes plus probables de décès chez les personnes vivant avec le VIH que dans la population générale.

L'incidence des tumeurs malignes associées au VIH continue d'augmenter en situation de ressources limitées où le traitement antirétroviral n'est pas encore généralisé. Le sarcome de Kaposi est maintenant la tumeur maligne la plus fréquemment déclarée dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne. Dans certaines régions, le sarcome de Kaposi est plus fréquent chez les hommes que tous les autres types de cancer combinés. Par contre, aux États-Unis, en Europe et en Australie, l'incidence du sarcome de Kaposi chez les personnes vivant avec le VIH a reculé à moins de 70% depuis 1997, date à laquelle le traitement antirétroviral hautement actif est devenu largement disponible (70). Le risque à long terme de cancer lié ou non au sida chez les personnes suivant un traitement antirétroviral est incertain. Cependant, un risque accru de cancer lié ou non au sida a été identifié dans certaines cohortes d'observation en Europe, en particulier chez des personnes présentant une immunosuppression prolongée (71,72).

Ces prochaines années, l'OMS travaillera avec ses partenaires sur ces questions émergentes. Les actions prévues comprennent la création d'une base de données mondiale liée au registre international du cancer et aux protocoles de recherche, la définition de protocoles simplifiés de traitement et l'établissement de liens avec les soins préventifs et palliatifs pour les personnes séropositives qui ont un cancer.

Références

1. *Trois millions de personnes sous traitement d'ici 2005 : comment y parvenir : la stratégie de l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2003 (<http://www.who.int/3by5/publications/en/3by5strategyfrench.pdf>, consulté le 15 mai 2008).
2. OMS et ONUSIDA. *Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et au-delà, mars 2006*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (http://www.who.int/hiv/progreport2006_fr.pdf, consulté le 15 mai 2008).
3. Publications : Reference Group reports [site Internet]. UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections (<http://www.epidem.org/publications.htm>, consulté le 5 mai 2008).
4. Stover J et al. Projecting the demographic impact of AIDS and the number of people in need of treatment : updates to the Spectrum projection package. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(Suppl 3) : iii45–iii50. Une mise à jour sera publiée dans *Sexually Transmitted Infections* (sous presse).
5. *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents : recommendations for a public health approach. 2006 revision*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adult/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
6. Gilks C et al. The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet*, 2006, 368 :505–510.
7. Fredlund VG, Nash J. How far should they walk ? Increasing antiretroviral therapy access in a rural community in northern KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Infectious Diseases*, 2007, 196(Suppl 3) :496–473.
8. Bedelu M et al. Implementing antiretroviral therapy in rural communities : the Lusikikisi model of decentralized HIV/AIDS care. *Journal of Infectious Diseases*, 2007, 196(Suppl 3) :464–468.
9. OMS/CDS/IMAI. Le module Soins aigus [site Internet]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/IMAI_acutecare_fr.pdf, consulté le 15 mai 2008).
10. *Monthly HIV care and antiretroviral therapy update*. Addis Ababa, AIDS resource Center, Ethiopian National HIV/AIDS Prevention and Control Office, 10 January 2008 (<http://www.etharc.org/arvinfo/artupdate/ARTTah2000Jan2008.pdf>, consulté le 5 mai 2008).
11. Uganda Ministry of Health, ORC Macro and MEASURE DHS. *2004-05 Uganda HIV/AIDS sero-behavioural survey. Uganda : prevalence of HIV and other sexually transmitted infections*. Calverton, MD, ORC Macro and MEASURE DHS, 2006 (<http://www.phishare.org/documents/MEASUREDHS/4188>, consulté le 5 mai 2008).
12. Ojikutu BO, Stone VE. Women, inequality, and the burden of HIV. *New England Journal of Medicine*, 2005 ;352:649.
13. Braitstein P et al. Gender and the use of antiretroviral treatment in resource-constrained settings : findings from a multicenter collaboration. *Journal of Women's Health*, 2008, 17:47–55.
14. Donoghoe M et al. Access to highly active antiretroviral therapy for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:271–280.
15. UNAIDS and WHO Regional Office for Europe. *Monitoring progress on the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
16. Souteyrand Y et al. Free care at the point of service delivery : a key component for reaching universal access to HIV/AIDS treatment in developing countries. *AIDS* (sous presse).
17. REACH Trust (Malawi), Ministry of Health (Malawi) and World Health Organization. *The impact of socioeconomic status on patients' access to antiretroviral therapy in Malawi – preliminary report*. Document non publié, 2008.
18. Hogan DR, Salomon JA. Prevention and treatment of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in resource-limited settings. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:135–143.
19. Braitstein P et al. Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy : comparison between low-income and high-income countries. *Lancet*, 2006, 367:817–824.
20. Hacker MA. The first ten years : achievements and challenges of the Brazilian program of universal access to HIV/AIDS comprehensive management and care, 1996–2006. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007, 23(Suppl 3) :S345–S359.
21. Boule A, Ford N. Scaling up antiretroviral therapy in developing countries : what are the benefits and challenges ? *Sexually Transmitted Infections*, 2007, 83:503–505.
22. Nash D et al. Long-term CD4 response to potent ART among ART-naïve patients in several low-income countries. *15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, USA, 3–6 February 2008* (Abstract 126 ; <http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/31581.htm>, consulté le 5 mai 2008).
23. Mermin J et al. Mortality in HIV-infected Ugandan adults receiving antiretroviral treatment and survival of their HIV-uninfected children : a prospective cohort study. *Lancet*, 2008, 371 :752–759.
24. Hacker MA. The first ten years : achievements and challenges of the Brazilian program of universal access to HIV/AIDS comprehensive management and care, 1996–2006. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007, 23(Suppl 3) :S345–S359.

25. Mills EJ et al. Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 296:679–690.
26. Maartens G. ART in Africa: beyond the rollout. *15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, USA, 3–6 February 2008* (<http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/33418.htm>).
27. Johannessen A et al. Predictors of mortality in HIV-infected patients starting antiretroviral therapy in a rural hospital in Tanzania. *BMC Infectious Diseases*, 2008, 8:52.
28. Brinkhof M et al. Early loss to program in HIV-infected patients starting potent antiretroviral therapy in lower-income countries. *Bulletin of the World Health Organization* (sous presse).
29. Rosen S, Fox M, Gill C. Patient retention in antiretroviral therapy programs in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS Medicine*, 2007, 10:e29.
30. Kennedy C et al. The impact of HIV treatment on risk behaviour in developing countries: a systematic review. *AIDS Care*, 2007, 19:707–720.
31. Kaida A et al. The relationship between HAART use and sexual activity among HIV-positive women of reproductive age in Brazil, South Africa, and Uganda. *AIDS Care*, 2008, 20:21–25.
32. Montaner J et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the epidemic. *Lancet*, 2006, 368:53–56.
33. Bunnell R et al. 3-year follow-up of sexual behavior and HIV transmission risk of persons taking ART in rural Uganda. *15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, USA, 3–6 February 2008* (Abstract 29; <http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/31270.htm>, consulté le 5 mai 2008).
34. Kazatchkine M. Stopping the plagues: investing in health can create stronger economies. In: *The Economist: the world in 2008*. London, The Economist, 2007.
35. Larson BA et al. Early effects of antiretroviral therapy on work performance: preliminary results from a cohort study of Kenyan agricultural workers. *AIDS*, 2008, 30:22:421–425.
36. Bennett DE et al. The World Health Organization's global strategy for prevention and assessment of HIV drug resistance. *Antiviral Therapy*, 2008, 13(Suppl 2):1–13.
37. Abegaz WE et al. Threshold survey evaluating transmitted HIV drug resistance among public antenatal clinic clients in Addis Ababa, Ethiopia. *Antiviral Therapy*, 2008, 13(Suppl 2):89–94.
38. Kamoto K, Aberle-Grasse J on behalf of Members of the Malawi HIV Drug Resistance Task Force. Surveillance of transmitted HIV drug resistance with the World Health Organization threshold survey method in Lilongwe, Malawi. *Antiviral Therapy*, 2008, 13(Suppl 2):69–75.
39. Pillay V et al. Antiretroviral drug resistance surveillance among drug-naïve HIV-1-infected individuals in Gauteng Province, South Africa in 2002 and 2004. *Antiviral Therapy*, 2008, 13(Suppl 2):101–107.
40. Maphalala G et al. Surveillance of transmitted HIV drug resistance in the Manzini-Mbabane corridor, Swaziland, in 2006. *Antiviral Therapy*, 2008, 13(Suppl 2):95–100.
41. Sirivichayakul S et al. HIV drug resistance transmission threshold survey in Bangkok, Thailand. *Antiviral Therapy*, 2008, 13(Suppl 2):109–113.
42. Somi GR et al. Surveillance of transmitted HIV drug resistance among women attending antenatal clinics in Dar es Salaam, Tanzania. *Antiviral Therapy*, 2008, 13(Suppl 2):77–82.
43. Nguyen HT et al. HIV drug resistance threshold survey using specimens from voluntary counselling and testing sites in Hanoi, Vietnam. *Antiviral Therapy*, 2008, 13(Suppl 2):115–121.
44. Bennett DE et al. Recommendations for surveillance of transmitted HIV drug resistance in countries scaling up antiretroviral treatment. *Antiviral Therapy*, 2008, 13(Suppl 2):25–36.
45. *Prioritizing second-line antiretroviral drugs for adults and adolescents: a public health approach. Report of a WHO working group meeting, Geneva, Switzerland, 21–22 May 2007*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/art_meeting/en, consulté le 5 mai 2008).
46. *Use of antiretroviral therapy in resource-limited countries in 2007: distribution and uptake of first- and second-line regimens*. Geneva, World Health Organization (sous presse).
47. Renaud-Théry F et al. Use of antiretroviral therapy in resource-limited countries in 2006: distribution and uptake of first- and second-line regimens. *AIDS*, 2007, 21(suppl 4):S89–S95.
48. *Pharmacovigilance for antiretrovirals in resource-poor countries*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/medicines/en>, consulté le 5 mai 2008).
49. *Survey of the quality of antiretroviral medicines circulating in selected African countries*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/hiv/amds/selection/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
50. Global Price Reporting Mechanism [site Internet]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/hiv/amds/gprm/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
51. *Addendum to 2006 WHO guidelines on antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: new dosage recommendations for stavudine (d4T)*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adult/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).

52. WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hivstaging/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
53. Phillips AN et al. Outcomes from monitoring of patients on antiretroviral therapy in resource-limited settings with viral load, CD4 count, or clinical observation alone: a computer simulation model. *Lancet*, 2008, 371:1443–1451.
54. Global tuberculosis control 2008 – surveillance, planning, financing. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/index.html, consulté le 5 mai 2008).
55. d'Arminio Monforte A et al. The changing incidence of AIDS events in patients receiving highly active antiretroviral therapy. *Archives of Internal Medicine*, 2005, 165:416–423.
56. Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth global report. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr05/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
57. Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/hiv/pub/tb/interimpolicy_fr.pdf, consulté le 15 mai 2008).
58. Wobeser W et al. Outcome of pulmonary tuberculosis treatment in the tertiary care setting – Toronto 1992/3. Tuberculosis Treatment Completion Study Group. *Canadian Medical Association Journal*, 1999, 160:789–794.
59. Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://www.who.int/tb/publications/who_tb_99_269/en/index.html, consulté le 5 mai 2008).
60. Tuberculosis infection control in the era of expanding HIV care and treatment: addendum to WHO guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/tb/publications/who_tb_99_269/en/index.html, consulté le 5 mai 2008).
61. World Health Organization and UNAIDS. Policy statement on preventive therapy against tuberculosis in people living with HIV. Report of a meeting held in Geneva 18–20 February 1998. Geneva, World Health Organization, 1998 (libdoc.who.int/hq/1998/WHO_TB_98.255.pdf, consulté le 5 mai 2008).
62. Plan mondial Halte à la tuberculose 2006–2015. Genève, Partenariat Halte à la tuberculose, 2006 (http://www.stoptb.org/globalplan/assets/documents/StopTB_GlobalPlan_FR_web.pdf, consulté le 15 mai 2008).
63. Alter MJ. Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection. *Journal of Hepatology*, 2006, 44:S6–S9.
64. Jaffe HW, Valdiserri RO, De Cock KM. The re-emerging HIV/AIDS epidemic in men who have sex with men. *Journal of the American Medical Association*, 2007, 298:2412–2414.
65. Lazarus J et al. HIV/hepatitis coinfection in eastern Europe and new pan-European approaches to hepatitis prevention and management. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18:426–432.
66. Palella FJ Jr et al. Mortality in the highly active antiretroviral therapy era: changing causes of death and disease in the HIV outpatient study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 43:27–34.
67. Smit C et al. Effective therapy has altered the spectrum of cause-specific mortality following HIV seroconversion. *AIDS*, 2006, 20:741–749.
68. Pacheco A et al. Increase in non-AIDS related conditions as causes of death among HIV-infected individuals in the HAART era in Brazil. *PLoS ONE*, 2008, 3:e1531.
69. Phillips A. Morbidity and mortality in the HAART era. 15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 2008, Boston, MA, 3–6 February 2008 (Abstract 8; <http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/33423.htm>, consulté le 5 mai 2008).
70. Newton R. HIV and cancer. 13th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 2006, Denver, CO, 5–8 February 2006 (Abstract 11; <http://www.retroconference.org/2006/Abstracts/28024.HTM>, consulté le 5 mai 2008).
71. Bruyand M et al. Immunodeficiency and risk of AIDS-defining and non-AIDS-defining cancers: ANRS CO3 Aquitaine Cohort, 1998 to 2006. 15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 2008, Boston, MA, 3–6 February 2008 (Abstract 15; <http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/31415.htm>, consulté le 5 mai 2008).
72. Zoufaly A et al. Insufficient virus suppression during HAART is a strong predictor for the development of AIDS-related lymphoma: German CLINSURV cohort. 15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 2008, Boston, MA, 3–6 February 2008 (Abstract 16; <http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/31284.htm>, consulté le 5 mai 2008).

3. CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH

Principales conclusions

- Entre 2006 et 2007, le nombre de centres assurant des services de conseil et de dépistage du VIH a augmenté substantiellement dans les pays qui disposent de données comparables, de même que le recours à ces services.
- Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont réalisé des enquêtes auprès de la population entre 2005 et 2007 :
 - un taux médian de 10,9% de femmes et de 10,3% d'hommes avaient déjà reçu un dépistage du VIH et en avaient reçu le résultat (données provenant de 17 pays) ; et
 - un taux médian de 20% de personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique (données provenant de 12 pays).
- Les données recueillies indiquent que le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant dans les établissements de santé peuvent accroître le recours aux tests et les avantages cliniques.

Étendre l'accès aux services de conseil et de dépistage du VIH est une condition préalable pour accélérer l'accès à d'autres interventions liées au VIH. Pour les personnes séropositives, se prêter à un test du VIH est la première étape qui mène au traitement et aux soins, et c'est l'occasion d'obtenir des informations et d'agir pour réduire le risque de transmission du virus. Les personnes dont le test est négatif seront conseillées sur les moyens de minimiser leur risque d'exposition au VIH et de demeurer ainsi séronégatives. Le conseil et le dépistage du VIH constituent donc une intervention essentielle dans les activités pour atteindre un accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH.

Veiller à ce que les services de conseil et de dépistage du VIH soient accessibles, acceptables, d'un coût abordable, sûrs et fiables pour toute personne qui en a besoin nécessite un effort global en faveur des politiques et des programmes. Les pays appliquent différentes méthodes pour élargir la connaissance du statut sérologique et améliorer la qualité des services de conseil et de dépistage. Néanmoins, la couverture mondiale du dépistage et du conseil demeure faible. En 2007, l'OMS et l'ONUSIDA ont publié des recommandations sur le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé afin d'accroître le recours au test et au conseil et d'améliorer l'accès aux services de santé (1).

3.1 Disponibilité et couverture du conseil et du dépistage du VIH dans le monde

Ces dernières années, plusieurs facteurs ont élargi la couverture du conseil et du dépistage du VIH dans le monde, notamment l'utilisation de tests rapides et le soutien accru aux approches du conseil et du dépistage à l'initiative du soignant dans les établissements de santé, en particulier pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Une prise de conscience des risques de transmission du VIH et la disponibilité du traitement antirétroviral ont probablement contribué également au nombre croissant de personnes qui ont été informées de leur statut sérologique.

Bien qu'il soit possible de compter le nombre d'individus qui se prêtent à un test du VIH, la couverture du conseil et du dépistage est plus difficile à évaluer. Déterminer si un niveau suffisant de couverture a été atteint dépend de la taille et des caractéristiques de la population qu'il faut desservir, qui dépend à son tour de l'épidémie dans le pays et du contexte national, notamment du nombre de personnes qui connaissent déjà leur statut sérologique. L'idéal serait de recueillir des données nationales comparables sur les différentes méthodes de dépistage et sur les groupes de population qui utilisent les services de test, les facteurs positifs et les obstacles. Néanmoins, ces données ne sont

pas aisément disponibles. Les pays doivent être encouragés à utiliser les indicateurs standardisés pour suivre l'utilisation au plan national du conseil et du dépistage du VIH et faciliter ainsi les analyses des tendances mondiales.

En l'absence d'informations standardisées, il est possible de suivre le recours au conseil et au dépistage du VIH sur un certain laps de temps dans les pays qui disposent de données et d'évaluer certaines tendances et caractéristiques. Les données présentées ci-dessous, recueillies à l'aide des questionnaires annuels de l'OMS, proviennent de deux principales sources : les enquêtes auprès de la population menées dans les pays ces dernières années et les statistiques sur les programmes nationaux. Les enquêtes auprès de la population telles que les enquêtes démographiques et sanitaires (2) sont utiles en cela qu'elles brossent un tableau national représentatif de la population. Les statistiques sur les programmes informent sur le recours actuel aux différentes interventions proposées.

Disponibilité des services de conseil et de dépistage du VIH

Le guide international (1) le plus récemment publié recommande le conseil et le dépistage du VIH à toutes les personnes qui se rendent dans un établissement de santé en cas d'épidémie généralisée, et dans certains établissements de santé en cas d'épidémie concentrée ou de faible intensité.

Les recommandations relatives au conseil et au dépistage du VIH ont plus de chances d'être entendues si le test peut être réalisé sur place. Dix-sept pays¹ ont notifié des données comparables sur la disponibilité de services de conseil et de dépistage du VIH en 2006 et 2007. Ils présentent différents niveaux de prévalence du VIH et de ripostes à l'épidémie en Afrique et en Asie. Dans ces 17 pays, le nombre total d'établissements assurant des services de conseil et de dépistage est passé de 6294 en 2006 à 15 723 en 2007.

D'autres pays ont transmis des informations sur la disponibilité du conseil et du dépistage du VIH en 2007. Le tableau 3.1 présente les données de certains pays. Le pourcentage d'établissements de santé qui assurent des services de conseil et de dépistage varie parmi les pays enregistrant la plus forte prévalence. Ainsi, 31% des établissements de santé offraient des services de conseil et de dépistage au Burkina Faso, 68% au Swaziland et 100%

1 Ces 17 pays sont les suivants : Bénin, Cameroun, Chine, Côte d'Ivoire, Djibouti, Ghana, Inde, République islamique d'Iran, Malawi, Mozambique, Nigéria, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Viet Nam, Yémen et Zimbabwe. Données transmises à l'OMS en réponse au questionnaire annuel sur la surveillance de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2006 et 2007.

2 Sur la base des données transmises à l'OMS dans le questionnaire annuel sur la surveillance de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2007.

Tableau 3.1. Disponibilité et densité des établissements assurant des services de conseil et de dépistage du VIH et accès à ces services dans des pays choisis, 2007

Pays	Type d'épidémie	Pourcentage d'établissements de santé dotés de services de conseil et de dépistage	Population âgée ≥15 ans par établissement de santé dotés de services de conseil et de dépistage	Nombre de personnes âgées ≥15 ans qui ont effectué un test du VIH ^d	Nombre de tests pour 1000 personnes ≥15 ans
Botswana	Généralisée	100%	1 900	270 000	220
Burkina Faso	Généralisée	31%	18 000	85 000	11
Madagascar	Concentrée	19%	100 000	2 700	1
Malawi	Généralisée	78%	18 000	48 000	4
Mauritanie	Concentrée	4%	15 000	660 000	89
Nigéria	Généralisée	3%	86 000	870	<1
République centrafricaine	Généralisée	4%	110 000	450 000	6
Rwanda	Généralisée	70%	18 000	730 000 ^a	130
Swaziland	Généralisée	68%	6 400	52 000	75
Bolivie	Concentrée	3%	61 000	11 000	2
Guyana	Concentrée	41%	3 900	13 000	26
Haïti	Généralisée	19%	43 000	290 000	48
Cambodge	Concentrée	18%	49 000	180 000 ^b	19
Inde	Concentrée	...	190 000	5 400 000	7
Iran (République islamique d')	Concentrée	1%	180 000	21 000 ^c	<1
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Généralisée	5%	120 000	27 000	7

... non disponible.

a De janvier à novembre 2007 ;

b De janvier à septembre 2007 ;

c De mars 2006 à février 2007 ;

d Sur la base des données transmises par le pays.

Voir les notes explicatives aux annexes statistiques pour une explication du classement des pays par type d'épidémie.

au Botswana². Le tableau 3.1 montre également de nettes disparités dans la disponibilité des services de conseil et de dépistage par rapport à la taille de la population, aussi bien dans des pays qui connaissent une épidémie généralisée (depuis un établissement pour 1900 personnes au Botswana à un pour 120 000 personnes en Papouasie-Nouvelle-Guinée) que dans des pays à épidémie concentrée ou de faible intensité (depuis un établissement pour 3900 personnes au Guyana à un pour 190 000 personnes en Inde). Ces données serviront de référence pour jauger et comparer les progrès futurs.

D'après de récentes enquêtes auprès des établissements de santé réalisées dans quatre pays à forte prévalence en Afrique (3–6), les services de conseil et de dépistage du

VIH sont généralement plus largement disponibles dans les hôpitaux que dans d'autres établissements de santé, même si dans la plupart des pays, ces derniers représentent une grande proportion des infrastructures sanitaires (tableau 3.2). En Ouganda, presque tous les hôpitaux et les établissements au niveau des comtés (représentant 10% des centres de santé dans le pays) assurent des services de conseil et de dépistage. Par contre, moins d'un quart des autres établissements de santé (aux niveaux des sous-comtés et des paroisses, représentant 90% des structures de santé) proposent ces services.

Les données suggèrent également que les services de conseil et de dépistage du VIH sont plus largement disponibles dans les établissements privés que dans les établissements publics

De plus, l'accès aux services de dépistage et de conseil est plus large dans les villes que dans les zones rurales (3–6). Dans un même pays, la disponibilité de ces services peut également varier d'une région à l'autre. Dans des pays où la majorité de la population vit dans des zones rurales, il est important d'élargir les services aux établissements de santé les plus éloignés qui ne les proposent pas encore. Les organisations de la société civile, en particulier les organisations non gouvernementales, ont un rôle de premier plan à jouer pour renforcer le dépistage et le conseil dans les zones isolées ou des sous-groupes de population négligés.

Utilisation des services de conseil et de dépistage du VIH

La disponibilité accrue des services dans les pays qui ont transmis des données en 2006 et 2007 s'est accompagnée d'une hausse de l'utilisation du conseil et du dépistage du VIH. Au Honduras, le nombre total d'individus qui se sont prêtés à un test du VIH est passé de 5522 en 2006 à 98 566 en 2007. Au Ghana, alors que 23 754 individus avaient reçu un test en 2006, ils étaient 306 759 en 2007. Au cours de la même période, le nombre déclaré d'individus testés a doublé en République démocratique populaire lao et a été multiplié par sept au Malawi et en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

Certaines enquêtes auprès de la population renseignent sur le dépistage, notamment le pourcentage de personnes qui ont été testées, quand et où elles l'ont été pour la dernière fois et leurs connaissances des sites où obtenir un test. En général, les pays ne réalisent pas ces enquêtes tous les ans, ce qui ne permet pas de surveiller les tendances annuelles. Une comparaison des données de l'enquête la plus récente menée dans plusieurs pays peut ne pas porter sur la même année en raison de différences dans les calendriers nationaux des enquêtes.

Le tableau 3.3 présente les données sur le pourcentage de personnes qui ont reçu un test du VIH et en ont reçu les

résultats pendant les 12 mois précédant l'enquête dans 23 pays ayant réalisé des enquêtes démographiques et sanitaires entre 2005 et 2007 (dont 16 pays d'Afrique subsaharienne). Ces pays représentent 31% de l'épidémie mondiale de VIH dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et 29% de l'épidémie en Afrique subsaharienne. Le pourcentage de personnes s'étant prêtées au dépistage pendant les 12 mois avant l'enquête varie selon les pays, et même à l'intérieur de l'Afrique subsaharienne. En Éthiopie, en Guinée, en Inde, au Niger et au Sénégal, moins de 3% des femmes et des hommes ayant répondu à l'enquête avaient reçu un test du VIH pendant les 12 mois précédant l'enquête. En République dominicaine, en Namibie³, au Swaziland (hommes) et en Zambie (femmes), le pourcentage dépassait les 15%. Dans l'ensemble, le pourcentage médian de personnes testées dans les 12 mois précédant l'enquête dans les enquêtes démographiques et sanitaires récentes (3) est de 6,5% chez les femmes et 6,1% chez les hommes. En Afrique subsaharienne, les pourcentages médians sont de 3,9% pour les femmes et de 3,8% pour les hommes. Le pourcentage de femmes testées dans les 12 mois précédant l'enquête est plus élevé ou égal au pourcentage correspondant chez les hommes dans 18 des 23 pays.

Le tableau 3.3 renseigne également sur le pourcentage de personnes qui ont déjà reçu un test du VIH et en ont reçu le résultat dans 17 pays, dont 11 en Afrique subsaharienne. Ces pays représentent 24% de l'épidémie de VIH dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et 19% de l'épidémie en Afrique subsaharienne. Le pourcentage de répondants qui avaient déjà reçu un test du VIH et en avaient reçu le résultat varie d'un pays à l'autre, de 1,9% (femmes au Niger) à 45,4% (femmes en Ukraine). Les pourcentages médians de répondants ayant déjà reçu un test du VIH et en ayant reçu le résultat sont de 10,9% chez les femmes et de 10,3% chez les hommes. Dans les pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels cette information est disponible, les pourcentages

Tableau 3.2. Pourcentage d'établissements qui pratiquent le dépistage du VIH dans des pays choisis

Pays	Année	Par type de structure (%)		Par appartenance sectorielle de la structure (%)	
		Hôpital	Centre de santé	Secteur public	Secteur privé
Kenya	2004	92	48	33	52
Ouganda	2007	98	...	28	34
République-Unie de Tanzanie	2006	98	64	22	33
Zambie	2005	98	88 (urbains) 25 (ruraux)	39	53

Sources : Service Provision Assessments [site Internet] (3), Ministry of Health, Central Statistical Office et ORC Macro (4), Muga et al. (5) et National Bureau of Statistics et ORC Macro (6).

... non disponible.

Note : les centres de santé fournissent des services à un niveau plus décentralisé que les hôpitaux.

3 Résultats préliminaires.

médians sont de 9,5% chez les femmes et de 7,9% chez les hommes. En Ouganda, le pourcentage de personnes qui ont déjà fait le test du VIH et en ont reçu le résultat a augmenté sensiblement entre les enquêtes réalisées en 2004-2005 et en 2006 : de 12,7% il est passé à 24,8% pour les femmes et de 10,8% à 20,7% pour les hommes.

La proportion de personnes qui se sont prêtées à un test au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par rapport à

celles qui avaient déjà reçu un test peut être révélatrice de la tendance dans les taux de dépistage. Une forte proportion des personnes qui avaient reçu un test du VIH et en avaient reçu le résultat l'avait fait dans les 12 mois ayant précédé l'enquête. Cela indique que ces personnes ont été testées récemment. Dans les pays qui disposent de données, les pourcentages médians sont similaires pour les hommes et les femmes : 43% des personnes s'étant soumises à un test du VIH l'avaient fait pendant les 12 mois précédant l'enquête

Tableau 3.3. Pourcentages de femmes et d'hommes âgés de 15-49 ans qui ont effectué un test pendant les 12 mois précédant l'enquête et en ont reçu le résultat, et qui ont déjà effectué un test du VIH et en ont reçu le résultat, pays choisis, 2005-2007

Pays	Type d'épidémie	Année	% de personnes qui ont effectué un test dans les 12 mois précédant l'enquête et en ont reçu le résultat (A)		% de personnes qui ont déjà effectué un test et en ont reçu le résultat (B)		% de personnes qui ont déjà effectué un test et qui avaient fait un dépistage dans les 12 mois précédant l'enquête (A/B)	
			Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Bénin	Généralisée	2006	6,5	4,8	15,1	10,3	43	47
Congo	Généralisée	2005	3,2	3,1	9,5	10,9	34	28
Côte d'Ivoire	Généralisée	2005	3,7	3,2	10,9	7,9	34	41
Éthiopie	Généralisée	2005	2,3	2,3	3,8	4,9	61	47
Ghana ^a	Concentrée	2006	3,9	2,9	...	...	...	...
Guinée	Généralisée	2005	1,0	3,0	2,1	6,0	48	50
Mali	Concentrée	2006	3,1	2,7	6,6	6,4	47	42
Namibie ^b	Généralisée	2006	28,6	17,6	...	...	...	...
Niger	Concentrée	2006	0,9	1,6	1,9	3,9	47	41
Ouganda	Généralisée	2004-2005	4,0	3,8	12,7	10,8	37	35
Ouganda	Généralisée	2006	12,0	10,4	24,8	20,7	48	50
République démocratique du Congo	Généralisée	2007	4,1	3,8	...	...	...	...
Rwanda	Généralisée	2005	12,0	11,0	21,2	20,1	57	55
Sénégal	Concentrée	2005	1,0	2,0	2,7	4,2	37	47
Swaziland	Généralisée	2007	21,9	8,9	...	...	...	...
Zambie	Généralisée	2007	18,5	11,7	...	...	...	...
Zimbabwe	Généralisée	2005-2006	7,0	7,0	21,7	16,4	32	43
Guyana	Concentrée	2005	11,3	10,3	26,5	19,5	43	53
Haïti	Généralisée	2005	7,5	5,2	16,6	10,3	45	51
République dominicaine	Concentrée	2007	20,5	18,6	...	...	...	...
Cambodge	Concentrée	2005	3,2	5,1	9,5	13,5	34	38
Inde	Concentrée	2005-2006	1,2	1,4	3,0	3,3	40	42
Moldova	Concentrée	2005	12,0	10,0	34,2	29,0	35	34
Ukraine	Concentrée	2007	12,3	7,2	45,4	21,4	27	34

Source : enquêtes démographiques et sanitaires [site Internet] (3).

... non disponible.

a Données d'une enquête à indicateurs multiples (MICS) avec une composante d'enquête démographique et sanitaire.

b Résultats préliminaires.

Les informations sur la proportion de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique sont capitales pour atteindre les objectifs de l'accès universel. Dans de récentes enquêtes auprès de la population réalisées dans 12 pays (représentant 21% de l'épidémie dans les pays à revenu faible ou intermédiaire), dont 9 en Afrique subsaharienne (représentant 18% de l'épidémie en Afrique), des répondants consentants ont été testés pour le VIH (tableau 3.4). Pour ces pays, il est possible d'estimer la proportion de répondants vivant avec le VIH qui connaissaient leur statut sérologique avant l'enquête.

Les données révèlent de fortes variations, depuis 5,4% des personnes vivant avec le VIH qui connaissaient leur séropositivité avant l'enquête en Guinée jusqu'à 60,7% en République dominicaine. Le pourcentage médian pour les 12 pays est de 20%. Les neuf pays d'Afrique subsaharienne enregistrent eux aussi de grandes variations, avec plus de 20% de personnes qui connaissaient leur séropositivité dans

quatre pays (jusqu'à 31,4% au Rwanda) et moins de 20% dans cinq pays. Le pourcentage médian dans les neuf pays africains est de 16,5%. En Inde, le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissaient leur séropositivité avant l'enquête était de 10,3%. Une importante proportion des personnes infectées doit encore être diagnostiquée. Si l'on veut atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins, il faudra déployer des efforts considérables pour multiplier le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique.

Dans l'ensemble, les données disponibles indiquent que, malgré des progrès récents, la connaissance du statut sérologique demeure faible dans la plupart des pays. Elles montrent aussi que, dans beaucoup de pays, les femmes sont plus nombreuses à avoir recours aux services de conseil et de dépistage que les hommes, probablement grâce à l'accès dont elles bénéficient à ces services pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH.⁴

Tableau 3.4. Pourcentages de femmes et d'hommes vivant avec le VIH âgés de 15 à 49 ans qui avaient reçu un test du VIH et en avaient reçu le résultat avant l'enquête, pays choisis, 2005–2007

Pays	Année	% de personnes vivant avec le VIH qui connaissaient leur statut et avaient reçu le résultat du test		
		Femmes	Hommes	Total
Bénin	2006	24,9	^a	23,5
Côte d'Ivoire	2005	13,6	23,6	16,5
Éthiopie	2005	8,4	5,6	7,6
Guinée	2005	5,4	^a	5,4
Mali	2006	13,0	^a	12,9
République démocratique du Congo	2007	8,7	^a	10,7
Rwanda	2005	31,3	31,6	31,4
Swaziland	2007	44,0	28,8	38,7
Zimbabwe	2005–2006	26,3	19,3	23,7
Haïti	2005	30,7	15,6	24,5
République dominicaine	2007	72,6	49,1	60,7
Inde	2005–2006	6,8	12,8	10,3

Source : enquêtes démographiques et sanitaires [site Internet] (2).
^a Très petit nombre de cas ($n = 25-49$) qui ne permet pas l'interprétation.

⁴ Des données sur la couverture du conseil et du dépistage du VIH chez les malades de la tuberculose ainsi que chez les femmes enceintes et les enfants sont présentées aux sections 2.2 et 5.3 et 5.4 respectivement.

3.2 Prestation des services de conseil et de dépistage du VIH⁵

Les pays utilisent des méthodes diversifiées pour assurer des services de conseil et de dépistage. L'OMS a récemment clarifié la distinction faite entre deux types de conseil et dépistage, tous deux volontaires : l'un à l'initiative du patient et l'autre à l'initiative du soignant. Le conseil et dépistage du VIH à l'initiative du patient correspondent à ce que l'on appelle habituellement conseil et dépistage volontaires. Le conseil et dépistage à l'initiative du soignant sont réalisés dans des établissements de santé, dans le cadre des soins cliniques pour diagnostiquer des patients qui présentent des signes et des symptômes suggérant une infection par le VIH ou pour favoriser la prise en charge des personnes asymptomatiques dans des zones de forte prévalence ou dans des sites cliniques utilisés par des populations qui peuvent courir un risque élevé de contracter le virus.

Conseil et dépistage à l'initiative du patient

Jusqu'à récemment, la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire utilisaient une approche du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du patient dans des centres autonomes, des structures intégrées dans des environnements sanitaires, des services mobiles et des sites communautaires.

Le recours au conseil et au dépistage à l'initiative du patient s'est accru ces dernières années car ces services sont devenus d'un accès plus aisé pour les usagers. Ainsi, les centres de soins de santé primaires et les centres de conseil offrent de plus en plus souvent des tests rapides, qui n'exigent pas de procédures invasives, d'équipement spécialisé ou de techniciens de laboratoire. Les tests rapides ont augmenté la proportion de personnes qui reçoivent effectivement le résultat de leur test.

Les données recueillies montrent aussi que le recours aux services augmente si les tests sont pratiqués dans des sites pratiques pour les patients, comme le lieu de travail, les centres de santé et les dispensaires mobiles. Le dépistage volontaire s'est également répandu grâce aux approches novatrices comme les tests à domicile, qui permettent de pratiquer le test du VIH, d'en donner le résultat et d'assurer des services de conseil aux patients chez eux. Dans quatre villages ougandais, les tests à domicile ont accru l'acceptation du test de 10% à 46% et ont éliminé les différences dans l'acceptation entre les femmes et les hommes (8).

Pourtant, en dépit de tendances encourageantes, il semble que le recours aux approches à l'initiative du patient soit demeuré très limité, principalement pour des facteurs tels que la peur, la stigmatisation, la sous-estimation du risque personnel, les réactions négatives à la révélation de la séropositivité, l'accès limité aux services de traitement et de soins et les inégalités entre hommes et femmes.

Conseil et dépistage à l'initiative du soignant

Avant que le traitement antirétroviral ne devienne disponible, il existait peu de soutien pour élargir le conseil et le dépistage du VIH autrement que par les approches à l'initiative du patient. Le risque qu'un dépistage systématique aboutisse à des conséquences néfastes pour les individus semblait surpasser les avantages de santé publique. Avec la disponibilité du traitement, néanmoins, la nécessité d'élargir le conseil et dépistage du VIH est de plus en plus reconnue comme point d'entrée pour le traitement et la prévention et comme moyen de «normaliser» et de lutter contre la stigmatisation du VIH. L'inclusion du conseil et du dépistage du VIH dans les soins de santé de routine, notamment les soins prénatals, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, l'hospitalisation et même les soins primaires généraux, suscite une adhésion grandissante.

Les établissements de santé sont un point de contact capital pour les personnes vivant avec le VIH qui ont besoin de services de prévention, de traitement et de soins, et les soignants ont été incités à prendre l'initiative du dépistage et du conseil. Cela peut être fait dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ; la prise en charge clinique de la tuberculose, de l'hépatite B et de l'hépatite C ; le traitement des infections sexuellement transmissibles ; et le dépistage des produits sanguins.

En 2007, l'OMS et l'ONUSIDA ont publié un guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant (1). Ce guide conseille aux soignants de recommander le test et le conseil pour :

- toute personne qui présente des symptômes évoquant une infection par le VIH ;
- toute personne venant consulter dans un centre de santé quel qu'il soit, en cas d'épidémie généralisée, comme composante standard des soins de santé (y compris les soins prénatals) ;
- toute personne consultant dans des établissements sélectionnés (tels que des services prénatals, de traitement de la tuberculose, de santé sexuelle et de services de santé pour les populations les plus exposées) en cas d'épidémie concentrée ou peu étendue, en fonction du contexte épidémiologique et social ;
- les hommes demandant la circoncision à titre préventif ; et
- tous les enfants examinés dans des services pédiatriques en cas d'épidémie généralisée.

Le guide (1) insiste sur le caractère volontaire et confidentiel du dépistage du VIH qui ne doit être pratiqué qu'avec le consentement du patient. Le dépistage ne doit pas être mené sans information et la personne doit pouvoir le refuser. Le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant doivent s'accompagner d'un ensemble de services de prévention,

⁵ Les sections 3.2 à 3.5 s'inspirent largement de l'article d'Obermeyer & Osborn (7) qui fait référence à d'autres études. Ces sources et des références supplémentaires utilisées dans ces sections sont indiquées en temps voulu.

de traitement, de soins et de soutien liés au VIH et mis en œuvre dans le cadre d'un plan national pour atteindre l'accès universel aux services en matière de VIH. Il faut étendre le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant dans un cadre social, politique et juridique de soutien afin de maximiser les résultats et de réduire le plus possible les effets négatifs potentiels pour les personnes testées.

3.3 Extension du conseil et du dépistage à l'initiative du soignant

Plusieurs pays étendent les approches à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. Depuis 1995, beaucoup de pays d'Europe ont introduit le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant dans le contexte des soins prénatals (tableau 3.5). En 2006, les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis d'Amérique ont publié des recommandations révisées préconisant un dépistage du VIH chez toutes les personnes âgées de 13 à 64 ans se rendant dans un établissement de santé aux États-Unis (9).

Tableau 3.5. Nombre de pays d'Europe qui appliquent le dépistage à l'initiative du soignant dans des groupes spécifiques de population, 2006

Groupe de population	Nombre de pays (sur les 44 ayant fait l'objet de l'enquête)
Femmes enceintes	37
Consommateurs de drogues injectables	32
Patients des dispensaires de prise en charge des infections sexuellement transmissibles	26
Malades de la tuberculose	21
Prisonniers	20
Professionnel(le)s du sexe	17
Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes	16
Immigrants	11
Patients hospitalisés (non tuberculeux)	9
Jeunes (<25 ans)	6

Source : EuroHIV (10).

Plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire élargissent aussi le conseil et le dépistage en appliquant des approches à l'initiative du soignant. En Thaïlande, depuis 2000, tous les services de santé maternelle et infantile recommandent le dépistage volontaire du VIH (avec une information avant le test et l'option du consentement présumé). Des pays d'Afrique subsaharienne ont aussi introduit des approches à l'initiative du soignant dans des situations diverses, notamment en Afrique du Sud, au Botswana, au Kenya, au Malawi et en Ouganda.

En 2007, 57 (72%) des 79 pays ayant transmis des données⁶ avaient développé une politique et/ou des directives nationales de conseil et dépistage du VIH comprenant à la fois des stratégies de conseil et de dépistage à l'initiative du patient et du soignant. Sur les 27 pays à épidémie généralisée qui disposent de données, 12 (44%) avaient une politique ou des directives établissant que les soignants doivent recommander le conseil et le dépistage du VIH dans tous leurs contacts avec des usagers des services, quels que soient les symptômes présentés ou le type d'établissement de santé.

Progression de l'utilisation et de l'acceptation du conseil et du dépistage à l'initiative du soignant

D'après les indicateurs recueillis, les approches à l'initiative du soignant peuvent aboutir à de nettes augmentations du recours au dépistage. Dans des pays à revenu élevé comme le Canada, les États-Unis, la région administrative spéciale de Hong Kong de la Chine la Norvège, le Royaume-Uni et Singapour, la plupart des clients (80% ou plus dans la majorité des études) ont accepté de recevoir un test. Une utilisation accrue après l'introduction du conseil et du dépistage à l'initiative du soignant a également été observée chez les adultes et les enfants dans des environnements à faible revenu, par exemple des services de soin du post-partum au Botswana, des services pédiatriques en Zambie, et des dispensaires de prise en charge de la tuberculose, des services pédiatriques, des maternités et des dispensaires pour infections sexuellement transmissibles en Ouganda (encadré 3.1) (7). La section 5.3 présente une analyse plus approfondie du conseil et du dépistage du VIH dans les centres de soins prénatals.

L'acceptation par le patient du conseil et dépistage à l'initiative du soignant a été documentée dans plusieurs environnements. Une comparaison de trois modèles dans un dispensaire prenant en charge la tuberculose à Kinshasa (République démocratique du Congo), a permis de constater que plus des deux tiers des patients préféraient le « consentement présumé », c'est-à-dire que le test soit effectué à moins qu'ils ne le refusent, même si les participants pensaient qu'il leur serait difficile de s'opposer au test. Des études ont également montré que les femmes enceintes sont disposées à l'idée de recevoir un test quand le conseil et le dépistage sont intégrés dans les sites de soins prénatals et quand elles pensent que ces interventions peuvent être bénéfiques pour leur bébé (7).

D'après d'autres travaux, contrairement aux craintes, le dépistage et le conseil à l'initiative du soignant ne dissuadent pas les patients de s'adresser aux services de santé. Ainsi, il semble que l'instauration de ce service dans des établissements de soins prénatals au Botswana n'ait ni détourné les patientes des soins ni diminué la proportion de personnes recevant les résultats de leur test.

⁶ Données transmises à l'OMS en réponse au questionnaire annuel sur la surveillance de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2007.

Encadré 3.1. Extension des approches à l'initiative du soignant : les exemples de l'Ouganda et de la Papouasie-Nouvelle-Guinée

Ouganda

En Ouganda, les services de conseil et dépistage du VIH ont été proposés pour la première fois en 1990 dans un site du district de Kampala, puis se sont progressivement étendus dans différents environnements, principalement par une approche à l'initiative du patient (11).

La première politique nationale de conseil et dépistage a été définie en 2003. D'après l'enquête sérocomportementale ougandaise 2004–2005, 13% seulement des femmes et 11% des hommes âgés de 15 à 49 ans avaient reçu un test du VIH et en avaient obtenu le résultat, et 70% voulaient être testés.

En 2005, l'Ouganda a introduit une politique d'expansion des méthodes à l'initiative du soignant pour élargir l'accès au conseil et au dépistage ; il a ainsi recommandé le test dans des environnements cliniques et étendu le dépistage et le conseil à domicile. Les enquêtes font état de taux élevés d'acceptation du conseil et dépistage à l'initiative du soignant (plus de 90% dans deux grands hôpitaux ougandais qui proposent ces services gratuitement (12). En 2007, le conseil et dépistage du VIH étaient disponibles dans 45% des centres de santé du pays et 15% de la population âgée de 15 ans et plus en avaient bénéficié entre septembre 2006 et octobre 2007.⁷

Papouasie-Nouvelle-Guinée

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, les premiers services de conseil et dépistage volontaires ont été créés en 1987. Néanmoins, jusqu'à mi-2006, le laboratoire central de santé publique était le seul site à assurer un test confirmant le VIH. Dans ce pays à la topographie accidentée où les infrastructures de transport sont médiocres, la disponibilité limitée de services de diagnostic aboutissait à des retards, les intéressés devant parfois patienter jusqu'à six mois avant d'obtenir le résultat de leur test.

Ces dernières années, les activités du Département national de la santé ont permis d'élargir les services de conseil et de dépistage. Fin 2006, tous les laboratoires provinciaux disposaient de l'équipement requis pour réaliser des tests de confirmation du VIH. Au premier trimestre 2007, le Département national de la santé a introduit une politique d'expansion du conseil et dépistage à l'initiative du soignant et il a formé des agents de santé aux soins du VIH, au traitement de la tuberculose et aux services de conseil et dépistage volontaires. Suite à l'accroissement des capacités de test et au dépistage à l'initiative du soignant, le nombre de personnes testées a été multiplié par sept par rapport à l'année précédente.

De plus, des études dans des pays à revenu élevé aussi bien que faible montrent qu'une hausse du dépistage du VIH est associée à des avantages cliniques pour les adultes et les enfants. Un diagnostic précoce est particulièrement important pour les enfants infectés in utero, car beaucoup d'entre eux mourront faute de commencer rapidement un traitement. D'après une étude à l'hôpital de Mbarara (Ouganda) (13), après l'introduction du conseil et dépistage à l'initiative du soignant, les personnes vivant avec le VIH ont été diagnostiquées à un stade plus précoce de la maladie et elles avaient donc plus de chances d'être aiguillées rapidement vers des services de traitement.

Un examen des dossiers dans un centre de santé génésique à Canberra (Australie) (14) a montré que plus de la moitié des patients dont la séropositivité avait été diagnostiquée tardivement avaient consulté des services de santé et que la plupart d'entre eux présentaient au moins un facteur de risque qui aurait dû amener les soignants à envisager un dépistage et à donner des conseils. En Thaïlande, l'introduction du conseil et dépistage à l'initiative des soignants dans les dispensaires de prise en charge de la tuberculose a permis d'augmenter les taux de dépistage et l'administration de cotrimoxazole et de traitement antirétroviral (15).

Il semble également que le recours accru au conseil et dépistage ait le potentiel de réduire les comportements sexuels à risque. Une étude du comportement sexuel chez des couples sérodiscordants à Lusaka (Zambie) (16) a montré une augmentation sensible de l'utilisation de préservatifs après un conseil et dépistage joints et les taux élevés se sont maintenus pendant les 12 mois de suivi. Dans une étude qualitative de couples sérodiscordants à Kampala (Ouganda) (17), les patients ont indiqué que le fait d'avoir fait la démarche de conseil et dépistage en couple avaient eu des conséquences positives sur leur vie, notamment un changement de comportement, une réduction du risque de transmission au partenaire séronégatif et une meilleure capacité à planifier l'avenir, en particulier les naissances. Les données sont toutefois limitées et ces résultats positifs doivent être documentés plus systématiquement. Selon une méta-analyse du conseil et du dépistage volontaires dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (18), la proportion de rapports sexuels protégés augmentait après un conseil et dépistage volontaires, mais les individus ne réduisaient pas sensiblement le nombre de leurs partenaires sexuels.

⁷ Données fournies par le Ministère ougandais de la Santé à l'OMS en réponse au questionnaire annuel sur la surveillance de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2007.

Conseil

Les guides de recommandations (1) soulignent que tout dépistage doit être précédé de conseils et qu'il est soumis au consentement éclairé du patient qui a également droit à la confidentialité et à des conseils après le test (la règle des «trois C») et à un transfert dans des services compétents. Tout indique que beaucoup de pays s'efforcent d'aller dans ce sens, mais il reste encore beaucoup à faire. En Europe, par exemple, sur 44 pays ayant transmis des données en 2006, le dépistage du VIH s'accompagnait de conseils préalables ou postérieurs ou les deux dans 35 pays quand le dépistage était à l'initiative du soignant, et dans 31 quand il était à l'initiative du patient (10). La Communauté d'États indépendants a mis en œuvre le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant depuis le début de l'épidémie de VIH dans les pays qui la forment, mais on manque de données pour déterminer dans quelle mesure le dépistage suit la règle des «trois C».

Des études réalisées dans différents environnements à ressources limitées montrent que les soignants ne trouvent

pas toujours le temps ou l'espace pour conseiller leurs patients, en raison d'emplois du temps surchargés et du manque de formation ; que l'information n'est pas toujours exacte et que le conseil est parfois de qualité inférieure, en particulier pour les patients issus de milieux défavorisés.

Améliorer la qualité des services de conseil et de dépistage, en les adaptant aux préférences des patients et en améliorant le rapport patient-soignant, peut augmenter le taux de dépistage (encadré 3.2). Les attitudes des soignants, leurs caractéristiques (par exemple leur sexe ou leur groupe ethnique) et la confiance qu'ils inspirent influencent aussi les réactions des patients au conseil et dépistage, ce qui suggère plusieurs voies pour améliorer les services et garantir leur qualité. Les soignants eux-mêmes ont besoin d'être soutenus pour faire face à leurs propres émotions liées au VIH, comme la peur de l'infection, le faible enclin à se faire tester, le pessimisme et les doutes sur leur capacité à assurer des soins. Ils ont aussi besoin de ressources suffisantes, de temps, de motivation et de formation pour délivrer des services de qualité (19–21).

Encadré 3.2. Renforcer les capacités du secteur de la santé pour étendre le conseil et le dépistage en Inde

En 2001–2002, l'Inde a établi des centres d'excellence pour étendre le conseil et le dépistage du VIH dans les établissements de soins prénatals et les sites de conseil et dépistage à l'initiative du patient (conseil et dépistage volontaires). Forte du succès de cette expérience, en 2006, l'Inde a commencé à généraliser un modèle de centres intégrés de conseil et dépistage au sein des établissements de santé. Ces centres assurent des services pour les patients qui leur sont adressés par des soignants et pour les patients qui demandent volontairement un test et des conseils.

De 2000 à 2006, la disponibilité des services de conseil et dépistage du VIH s'est étendue rapidement depuis les grands hôpitaux urbains vers les centres de santé ruraux aux niveaux des districts et sous-districts. Le nombre de centres intégrés de conseil et dépistage du VIH dans les établissements de santé est passé de 409 en 2002 à 3623 en 2006.

Le nombre de personnes qui ont reçu un test du VIH sur recommandation d'un soignant a été multiplié par quatre, de quelque 166 000 en 2002 à près de 743 000 en 2006. Le nombre de patients volontaires a été multiplié par huit, de 111 900 en 2002 à plus de 900 000 en 2006. La plus forte hausse du nombre de personnes ayant reçu un dépistage du VIH a été enregistrée en 2004 et elle a coïncidé avec l'introduction du traitement antirétroviral dans le secteur public. Une proportion croissante de personnes dont le test était positif a été adressée à des services de soutien compétents.

Chaque centre intégré de conseil et dépistage du VIH dans les hôpitaux de district et de sous-district emploie jusqu'à deux conseillers à plein temps et un technicien de laboratoire. Les membres du personnel sont habitués à utiliser des questionnaires standards. Des protocoles de test ont été mis au point et diffusés. Un vaste réseau de laboratoires de référence aux niveaux national et des États évalue régulièrement la qualité des services de dépistage.

Il faut accroître les capacités pour élargir la prestation de services de qualité au niveau des sous-districts et pour cibler les membres des populations les plus exposées. Des mesures sont aussi requises pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'intérieur et à l'extérieur des établissements de santé et pour aider les soignants à assurer de meilleurs soins.

Source : *Expanding access to HIV counselling and testing in India* (22).

3.4 Diversification des méthodes d'extension du conseil et du dépistage du VIH

Les pays appliquent différentes conceptions de l'élargissement des services de conseil et dépistage, selon le

contexte épidémiologique et social local. Ces services sont assurés dans des situations diverses par des partenariats entre les autorités gouvernementales, la société civile et les institutions internationales. L'encadré 3.3 décrit quelques expériences nationales.

Encadré 3.3. Diversifier les méthodes d'extension du conseil et du dépistage

Des campagnes nationales au Lesotho, au Malawi et en El Salvador

Plusieurs pays ont choisi de profiter de campagnes et d'événements nationaux pour sensibiliser les individus et les encourager à connaître leur statut sérologique. Ces initiatives montrent qu'en rapprochant les services de la population, il est possible d'augmenter substantiellement le recours au dépistage.

En 2004, le **Lesotho** a lancé une Campagne nationale « Connaissez votre statut » pour élargir le dépistage et le conseil au niveau communautaire, en plus des services fournis dans les établissements de santé (23). De 2004 à 2007, près de 320 000 personnes (tous groupes d'âge confondus) ont reçu un test du VIH. La couverture du conseil et dépistage dans le pays (y compris les établissements de santé et le dépistage au niveau communautaire) qui était de 2,7% en 2004 est passée à 17,2% en 2007, avec une hausse moyenne annuelle du dépistage de 4,9%. En janvier 2008, 163 centres de santé assuraient des services de conseil et dépistage du VIH au Lesotho.⁸

En 2006 et 2007, le **Malawi** a organisé une Semaine du conseil et du dépistage du VIH (24). L'objectif de 130 000 tests a été largement dépassé, puisque 186 631 personnes ont reçu un dépistage, parmi elles 53% de femmes, dont 41% étaient âgées de 15 à 24 ans. Près d'un tiers des personnes testées ont indiqué avoir déjà fait un dépistage et 8,4% des personnes testées se sont révélées séropositives au VIH.

El Salvador a tenu sa première Journée nationale annuelle de dépistage du VIH en 2007 (25). Au total, 54 619 tests ont été réalisés dans 236 centres de santé répartis dans tout le pays, ce qui représente près de 2,8 fois plus de tests pratiqués en un seul jour que pendant tout le même mois de 2006. Des 54 619 individus testés, 449 se sont révélés séropositifs. L'utilisation accrue de tests rapides et la création de laboratoires régionaux a également facilité l'accès au dépistage.

S'appuyer sur les partenariats au Burkina Faso

Les services de conseil et dépistage du VIH au Burkina Faso ont commencé en 1994 grâce à l'action d'organisations non gouvernementales (26). Ils se sont étendus de manière informelle et non structurée sur la base d'approches à l'initiative du patient jusqu'en 2001.

Entre 2000 et 2003, le Burkina Faso a formulé une stratégie nationale pour élargir le conseil et le dépistage volontaires et il a préparé des directives pour l'assurance qualité et la formation des soignants. Depuis lors, des partenariats entre le secteur public, la société civile et les institutions internationales ont abouti à une progression notable du conseil et dépistage dans le pays.

En 2003, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et des donateurs bilatéraux ont soutenu le lancement du PAMAC (Programme d'appui au monde associatif et communautaire), qui créait un réseau d'organisations non gouvernementales actives dans le dépistage, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH. Entre 2003 et 2007, les services de conseil et dépistage du VIH se sont rapidement étendus, atteignant les zones urbaines et rurales et différentes sous-populations grâce à des méthodes diversifiées : centres intégrés dans des établissements de santé, centres autonomes, campagnes auprès de la population générale et parmi des groupes de population précis (femmes, professionnel(le)s du sexe et jeunes) et équipes mobiles dans des zones rurales. Le nombre de sites de dépistage et conseil qui était de 35 en 2003 a été porté à 116 en 2006, ce qui couvre près des deux tiers du pays. Environ 85 000 personnes ont reçu un test et en ont reçu le résultat en 2007.⁹

L'expérience du Burkina Faso met en lumière le succès des partenariats entre parties prenantes pour l'élargissement du conseil et du dépistage du VIH. Néanmoins, plusieurs obstacles demeurent. L'utilisation du dépistage et du conseil n'a pas évolué de manière égale d'un groupe à l'autre et on craint que le dépistage ne s'étende plus rapidement dans les groupes qui courent les risques les plus faibles, alors que les populations plus exposées demeurent difficiles à atteindre.

8 Données transmises à l'OMS en réponse au questionnaire annuel pour le suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2007.

9 Données transmises à l'OMS par le Ministère de la Santé du Burkina Faso en réponse au questionnaire annuel sur la surveillance de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2007.

3.5 Répondre aux inquiétudes relatives à la pratique du conseil et du dépistage du VIH

L'extension des services de conseil et de dépistage conduit à aborder plusieurs questions relatives à la protection des individus et à une orientation correcte des patients. Dès que les tests du VIH sont devenus disponibles, on s'est inquiété de la possibilité de coercition et de garanties insuffisantes pour l'obtention du consentement éclairé et le respect de la confidentialité et de la vie privée. De récentes études confirment que les pratiques établies dans les services de santé sont parfois inadéquates pour protéger la confidentialité des résultats des tests et que les droits des patients qui fréquentent les services de santé peuvent être compromis.

Rapidement, plusieurs cas ont mis en lumière le risque de stigmatisation et de discrimination, et la crainte de la stigmatisation est souvent indiquée par les individus comme la principale raison les dissuadant de se faire tester, de dévoiler leur statut sérologique ou de prendre un traitement antirétroviral. Dans beaucoup de lieux, la révélation de la séropositivité suscite des réactions négatives, même si les rapports indiquent aussi des réactions neutres ou même positives. Une revue de 17 études dans des pays à revenu faible ou intermédiaire a montré que dans 3% à 15% des cas, la révélation avait eu des conséquences négatives, notamment des actes de violence. Selon une étude en République-Unie de Tanzanie, près de 50% des femmes ont connu des réactions positives alors qu'une analyse systématique des services de notification du partenaire aux États-Unis a révélé quelques conséquences négatives. Selon une étude au Kenya et en Zambie, la plupart des femmes vivant avec le VIH ont indiqué des conséquences positives, même si certaines craignaient de ne pas recevoir de soutien. Ces résultats montrent bien la diversité des réactions et la nécessité d'informations adaptées au milieu local sur les manifestations de la stigmatisation et sur les pratiques pour soutenir et protéger ceux qui révèlent leur séropositivité

contre la discrimination. Ils soulignent aussi l'importance du contexte juridique et institutionnel dans lequel la révélation se déroule.

Le fait que les agents de santé stigmatisent parfois les personnes vivant avec le VIH en les traitant différemment, en utilisant des précautions excessives ou en leur refusant des soins appropriés met en lumière la nécessité d'éliminer la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé. En Inde, en Indonésie, aux Philippines et en Thaïlande, 34% des personnes ayant répondu à une étude comparée ont fait état de violations de la confidentialité par les soignants (27). Il faut s'efforcer de protéger les patients et il est aussi important de rassurer les soignants placés en première ligne, car ils peuvent craindre légitimement la contamination par manque de mesures de protection suffisantes ou d'équipement et en raison de l'impossibilité d'avoir accès à une prophylaxie post-exposition.

En résumé, plusieurs études dans des environnements précis donnent à penser que le dépistage et le conseil à l'initiative du soignant représentent une méthode acceptable et efficace d'expansion de ces services dans les établissements de santé et d'amélioration des résultats pour les clients. Une application appropriée du dépistage et conseil à l'initiative du soignant exige des mesures pour garantir une supervision correcte, le renforcement des capacités et le soutien des soignants, une infrastructure et des tests en quantité suffisante et une assurance qualité des tests. Des données plus systématiques provenant d'un plus grand nombre de sites sont nécessaires pour documenter l'application du dépistage et du conseil à l'initiative du soignant dans des pays qui connaissent différents niveaux de prévalence et en situation de ressources limitées, en dehors de projets de recherche bien financés. Il faut également compléter les informations dont on dispose pour identifier les meilleures pratiques et les problèmes, et pour exploiter les enseignements tirés de l'expérience en vue d'améliorer les services.

Références

1. *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242595567_fre.pdf, consulté le 15 mai 2008).
2. Demographic and health surveys [site Internet]. Calverton, MD, MEASURE DHS (<http://www.measuredhs.com>, consulté le 5 mai 2008).
3. Service Provision Assessments [site Internet]. Calverton, MD, MEASURE DHS (<http://www.measuredhs.com/about/surveys/spa.cfm>, consulté le 5 mai 2008). Le rapport sur l'Ouganda est en cours de préparation.
4. Ministry of Health, Central Statistical Office and ORC Macro. *Zambia: HIV/AIDS service provision assessment survey 2005*. Calverton, MD, ORC Macro, 2006 (<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SPA11/SPA11.pdf>, consulté le 5 mai 2008).
5. Muga R et al. *Kenya: service provision assessment survey 2004 – HIV/AIDS*. Calverton, MD, ORC Macro, 2005 (http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=562&ctry_id=20&SrchTp=type, consulté le 5 mai 2008).
6. National Bureau of Statistics and ORC Macro. *Tanzania: service provision assessment survey 2006 (TSPA)*. Calverton, MD, ORC Macro, 2007 (http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=725&ctry_id=39&SrchTp=type, consulté le 5 mai 2008).
7. Obermeyer M, Osborn M. The utilization of testing and counselling for HIV: a review of the social and behavioural evidence. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1762–1774.
8. Wolff B et al. Evaluation of a home-based voluntary testing and counselling intervention in rural Uganda. *Health Policy Planning*, 2005, 20:109–116.
9. Branson B et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents and pregnant women in health care settings. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2006, 55(RR14):1–17.
10. EuroHIV. *Report on the EuroHIV 2006 survey on HIV and AIDS surveillance in the WHO European Region*. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2007.
11. Ministry of Health and World Health Organization. *A report on the status of HIV testing and counselling services in Uganda*. Kampala, Ministry of Health and World Health Organization, 2007 (non publié).
12. Wanyenze K et al. Acceptability of routine HIV counselling and testing, and HIV seroprevalence in Ugandan hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86:302–309.
13. Andia I et al. Evolving clinical picture secondary to routine HIV testing and early linkage to care at the HIV clinic at Mbarara Regional Referral Hospital. *President's Emergency Plan for AIDS Relief Implementers Meeting, Durban, South Africa, 12–15 June 2006* (abstract no. 195; <http://www.blsmmeetings.net/implementhiv2006/orals176-200.htm#195>, consulté le 5 mai 2008).
14. McDonald EA, Currie MJ, Bowden FJ. Delayed diagnosis of HIV: missed opportunities and triggers for testing in the Australian Capital Territory. *Sexual Health*, 2006, 3:291–295.
15. Varma JK et al. Evaluating the potential impact of the new Global Plan to Stop TB: Thailand, 2004–2005. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:586–592.
16. Allen S et al. Sexual behaviour of HIV discordant couples after counseling and testing. *AIDS*, 2003, 17:733–740.
17. Bunnell R et al. Living with discordance: knowledge, challenges and prevention strategies of HIV-discordant couples in Uganda. *AIDS Care*, 2005, 17:999–1012.
18. Denison JA et al. HIV voluntary counselling and testing and behavioral risk reduction in developing countries: a meta-analysis, 1990–2005. *AIDS and Behavior*, 2008, 12:363–373.
19. Brouwer CN et al. Psychosocial and economic aspects of HIV/AIDS and counselling of caretakers of HIV-infected children in Uganda. *AIDS Care*, 2000, 12:535–540.
20. de Paoli MM, Manongi R, Klepp KI. Counsellors' perspectives on antenatal HIV testing and infant feeding dilemmas facing women with HIV in northern Tanzania. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:144–156.
21. Sherr L et al. Ante-natal HIV testing: an observational study of HIV test discussion in maternity care. *Counselling Psychology Quarterly*, 2001, 14:129–138.
22. *Expanding access to HIV counselling and testing in India*. New Delhi, National AIDS Control Organization and Ministry of Health and Family Welfare, India. 2007 (non publié).
23. *Community HIV testing and counselling: know your status campaign*. Maseru, Ministry of Health and Social Welfare, Lesotho, 2008.
24. *A case study of the HIV testing and counselling week*. Lilongwe, Ministry of Health, Malawi, 2008.
25. *El Salvador National Day for HIV Testing*. San Salvador, Ministry of Health, El Salvador, 2007.
26. *HIV testing and counselling in Burkina Faso from 2000 to 2007, situation analysis report, July 2007*. Ouagadougou, Ministry of Health, Burkina Faso (non publié).
27. Paxton S et al. AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*, 2005, 17:413–424.

4. INTERVENTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ POUR PRÉVENIR LA TRANSMISSION DU VIH

Principales conclusions

- Beaucoup de pays appliquent avec succès des interventions ciblées pour promouvoir l'utilisation du préservatif et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles chez les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, en particulier en Asie.
- Dans la plupart des pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, où la consommation de drogues injectables représente plus de 80% des infections par le VIH, les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles n'atteignent régulièrement que 10% à peine du nombre estimé de personnes qui s'injectent des drogues.
- Beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne qui connaissent des taux élevés de transmission hétérosexuelle du VIH et de faibles taux de circoncision étudient la possibilité d'étendre la circoncision et les modalités de cette mesure.
- Les patients continuent de courir le risque d'être infectés par le VIH dans les établissements de santé en raison du manque de dépistage universel avec assurance de qualité des approvisionnements sanguins et des équipements d'injection non sécurisés. À ce jour, 35% des établissements de santé dans les 50 pays ayant transmis des données disposaient d'une prophylaxie consécutive à l'exposition au virus.
- Les essais de microbicides féminins, de vaccins préventifs et de la suppression des infections génitales causées par le virus Herpes simplex n'ont pas prouvé leur efficacité.

L'ampleur de l'épidémie de VIH témoigne de l'échec des activités entreprises pour étendre et maintenir la prévention des nouvelles infections. Bien que, dans certains pays, les programmes de prévention soient parvenus à élargir les services de prévention du VIH et à diminuer la prévalence du virus, il faut faire bien davantage : dans le monde, 2,5 millions de personnes ont contracté le VIH en 2007.

Une approche de santé publique à la prestation de services en matière de VIH doit être équilibrée et globale ; et elle doit reconnaître que, non content d'assurer des services de traitement, de soins et de soutien, le secteur de la santé doit jouer un rôle plus actif dans la prévention du VIH (1).

4.1 Prévenir l'infection par le VIH dans les populations les plus exposées

Dans le monde, on estime que 80% des nouvelles infections par le VIH sont transmises sexuellement, et que 10% (et jusqu'à 30% en dehors de l'Afrique subsaharienne) de ces nouvelles infections se produisent parmi les consommateurs de drogues injectables. Il incombe au secteur de la santé de diminuer la fréquence des comportements qui peuvent exposer les personnes à l'infection et de minimiser le risque de transmission du VIH quand ce comportement a lieu.

Une priorité du secteur de la santé doit être de se concentrer sur les groupes de population qui sont les plus exposés au risque d'infection par le VIH en raison de leur comportement, par exemple les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les prisonniers. Il est essentiel de promouvoir l'utilisation du préservatif et de prendre correctement en charge les infections sexuellement transmissibles pour prévenir la propagation sexuelle du VIH. Le secteur de la santé assure également une série d'interventions pour réduire l'infection parmi les consommateurs de drogues injectables et pour leur dispenser des soins et un traitement, notamment des antirétroviraux, un traitement de substitution aux opiacés et d'autres pharmacothérapies pour soigner la dépendance, ainsi que des mesures de réduction des risques comme les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles. De plus, le conseil et dépistage du VIH doivent être intégrés dans les services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles, de santé génésique, de réduction des risques, de santé en prison et de soins de santé primaires pour renforcer les activités en vue de prévenir la transmission du VIH.

Dans beaucoup de pays, des groupes de population à risque élevé de transmission du VIH rencontrent des difficultés pour accéder aux services de santé parce qu'ils sont en

butte à la discrimination, sont socialement marginalisés ou en raison d'une législation défavorable, comme les lois qui sanctionnent le commerce du sexe, la consommation de drogues injectables et l'homosexualité. En outre, la pénalisation de la transmission du VIH (par exemple en cas d'exposition d'une autre personne au virus ou de transmission fortuite du VIH) peut contrarier les efforts de prévention, en particulier pour les personnes séropositives (2,3). Pour parvenir à un accès universel, le secteur de la santé doit définir des modèles de prestation de services qui atteignent les personnes les plus exposées et doit redoubler d'efforts pour rendre les services accessibles et acceptables pour ces patients. Il a aussi un rôle et une responsabilité dans le plaidoyer en faveur d'un accès équitable des groupes de population les plus à risque aux services de santé pour et dans la collaboration avec d'autres parties prenantes afin d'instaurer un environnement juridique et politique favorable pour réaliser les interventions prioritaires à l'intention de ces groupes.

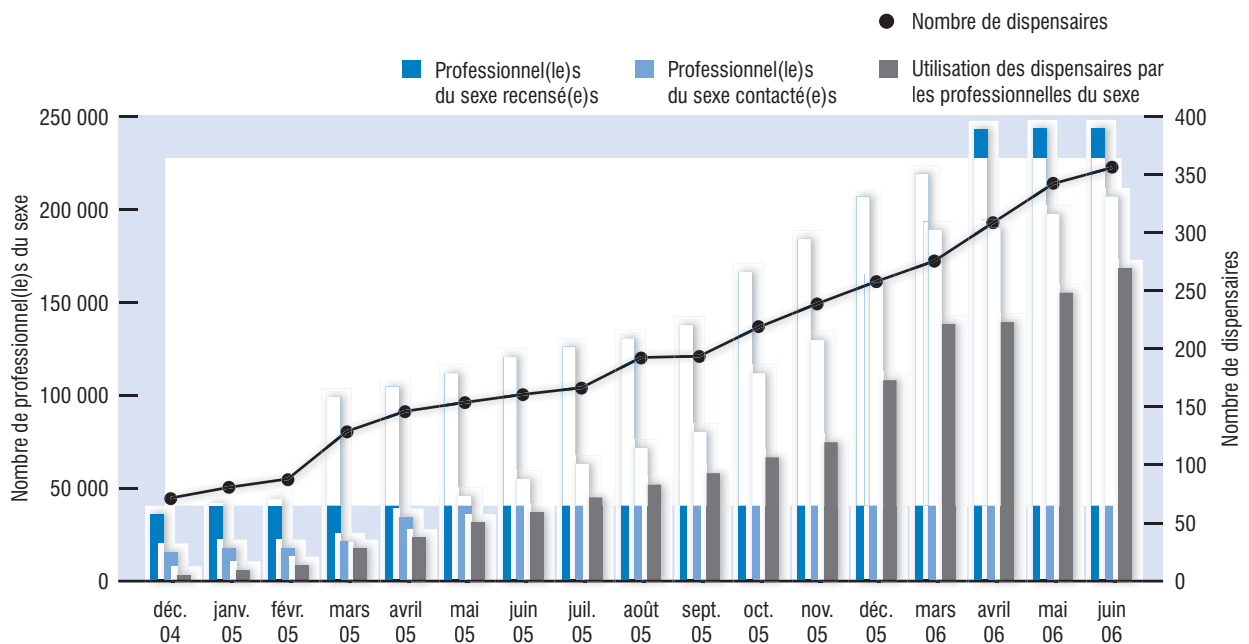
4.1.1 Les professionnel(le)s du sexe et leurs clients

Les professionnel(le)s du sexe courent un risque élevé de contracter et de transmettre le VIH. Avec leurs clients, ils alimentent l'épidémie de VIH dans beaucoup d'endroits du monde, notamment aux premiers stades de l'expansion de l'épidémie.

Des exemples de plusieurs pays d'Asie montrent qu'un engagement politique ferme et des politiques adaptées peuvent favoriser la prévention de l'infection dans cette catégorie de population. Dans quatre pays d'Asie à épidémie généralisée (Cambodge, Myanmar, Thaïlande et quatre États indiens), la mise en œuvre à grande échelle d'interventions ciblées dans des lieux de prostitution a fait reculer le taux d'infections sexuellement transmissibles et a stabilisé ou diminué la prévalence du VIH.

La Thaïlande est saluée par beaucoup d'observateurs pour la réussite de son programme d'utilisation à 100% du préservatif chez les professionnel(le)s du sexe. Le taux d'infections sexuellement transmissibles curables a diminué de plus de 95% pendant les années 90, la prévalence du VIH a reculé dans la plupart des groupes de population (4) et on estime que 5,7 millions d'infections par le VIH avaient été évitées jusqu'en 2002 (5). Depuis 2000, beaucoup d'autres pays asiatiques, dont le Cambodge, la Chine, la Mongolie, le Myanmar, les Philippines, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam, ont adapté le modèle thaïlandais pour élargir les programmes de prévention du VIH chez les professionnel(le)s du sexe et leurs clients. Les programmes ont été lancés sur des sites de démonstration, choisis en fonction de plusieurs critères, notamment la disponibilité

Figure 4.1. Progression des services cliniques et des services de proximité pour les professionnel(le)s du sexe bénéficiant de l'initiative Avahan India AIDS, décembre 2004–juin 2006



Source : Steen et al. (9).

de services de santé pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles et la présence d'un grand nombre de professionnel(le)s pratiquant le commerce du sexe dans des établissements. Le nombre de sites s'est élargi sensiblement ces dernières années. Ainsi, au Myanmar, un programme pilote de promotion ciblée de l'utilisation à 100% du préservatif a été appliqué dans quatre townships en 2001 puis étendu pour couvrir 154 des 325 townships du pays en 2006 (6).

L'expérience de pays comme l'Inde et la Mongolie a montré que ces modèles peuvent aussi être adaptés à des lieux où le commerce du sexe est moins structuré ou se déroule dans la rue. Des pays enregistrant des taux élevés de transmission sont parvenus à réduire nettement la prévalence des infections sexuellement transmissibles. Ainsi, en Inde, l'initiative Avahan India AIDS a été lancée en 2003 pour élargir les services de proximité, renforcer la mobilisation communautaire et multiplier les dispensaires spécialement destinés aux professionnel(le)s du sexe (figure 4.1). Fin 2005, de tels dispensaires avec des services communautaires pour les professionnel(le)s du sexe avaient été créés dans 274 lieux et ils desservaient 77 districts. Dans 65 districts de

quatre grands États, on a identifié 183 000 professionnel(le)s du sexe, dont 70% ont été contacté(e)s par des pairs et 41% ont consulté au moins une fois dans le dispensaire. Le résultat initial suggère un recul des infections sexuellement transmissibles ulcéraives (7,8).

En Afrique subsaharienne, des interventions réussies parmi les professionnel(le)s du sexe ont également réduit les taux de transmission des infections sexuellement transmissibles et du VIH. Une étude de cohorte chez des professionnelles du sexe à Nairobi (Kenya) a révélé que le taux d'acquisition du VIH par acte avait reculé de manière spectaculaire de 1985 à 2005. Cette réduction était étroitement corrélée avec des diminutions de la prévalence de la gonorrhée et précédait de plus d'une décennie la réduction de la prévalence du VIH dans la population générale kenyane. L'étude note que ce déclin peut résulter, parmi d'autres facteurs, d'une meilleure prévention et du traitement des infections sexuellement transmissibles (10). À Abidjan (Côte d'Ivoire), des campagnes de prévention pour les professionnelles du sexe ont probablement augmenté le taux d'utilisation du préservatif et elles ont fait régresser la prévalence du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (11).

4.1.2 Les consommateurs de drogues injectables

On estime que 13 millions de personnes consomment des drogues par voie intraveineuse dans le monde; de 3 à 4 millions d'entre elles sont porteuses du VIH (12)¹. L'injection de drogues représente le vecteur de plus de 80% des infections par le VIH en Europe orientale et Asie centrale. Une prévalence élevée du VIH a également été observée chez les consommateurs de drogues injectables de plusieurs pays du Moyen-Orient, d'Afrique du Nord, d'Asie du Sud-Est et d'Amérique latine.

Les interventions utilisant une approche de réduction des risques peuvent contenir la transmission du virus et procurer un traitement et des soins efficaces aux consommateurs de drogues injectables. Plusieurs études ont montré que les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles aboutissent à de nettes diminutions de la transmission du VIH et que le traitement de substitution aux opiacés est efficace pour réduire la transmission liée à l'injection des drogues et pour améliorer l'accès aux antirétroviraux et l'observance du traitement (13). L'OMS, d'autres institutions des Nations Unies et leurs partenaires préconisent un ensemble complet

d'interventions pour la prévention, le traitement et les soins du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables.

Fin 2007, 72 pays avaient introduit au moins un programme d'échange de seringues et d'aiguilles et 58 pays assuraient un traitement de substitution aux opiacés avec la méthadone et/ou la buprénorphine (données du Groupe de référence des Nations Unies sur la prévention et la prise en charge du VIH chez les consommateurs de drogues injectables dans les pays en développement et en transition). Les données mondiales standardisées sur l'accès aux interventions pour réduire le risque d'infection par le VIH chez les consommateurs de drogues injectables sont rares, mais tout semble indiquer que, malgré de récents efforts, la couverture globale des services parmi ce groupe à risque demeure limitée.

Les informations sur les services de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables dans la région l'OMS de l'Europe (20) montre que, en 2007, tous les pays à revenu élevé de la région comptaient au moins un site de programme d'échange de seringues et d'aiguilles pour 1000 consommateurs de drogues injectables, à l'exception de Chypre, de la Grèce, de la Suède et de la Norvège. La disponibilité d'aiguilles et de

Encadré 4.1. Interventions de prévention, de traitement et de soins pour les consommateurs de drogues injectables

L'OMS et ses partenaires préconisent un ensemble complet d'interventions de prévention, de traitement et de soins du VIH pour les consommateurs de drogues injectables. Cet ensemble devrait comprendre :

- des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ;
- un traitement de substitution aux opiacés et autres traitement de la dépendance ;
- le conseil et le dépistage du VIH ;
- la prise en charge et les soins du VIH, notamment le traitement antirétroviral ;
- la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles ;
- des programmes d'utilisation du préservatif pour les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels ;
- des activités ciblées d'information, d'éducation et de communication pour les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels ;
- le diagnostic et le traitement de l'hépatite (B et/ou C) ainsi que la vaccination, le cas échéant ; et la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose.

Les interventions s'inscrivent dans cet ensemble complet sont fondées sur des preuves scientifiques probantes (14–19). Elles sont prioritaires car ce sont les plus efficaces pour la prévention et/ou le traitement et les soins du VIH.

En général, pour la plupart des pays, les mesures les plus utiles sont les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ; le traitement de substitution aux opiacés et d'autres traitements de la dépendance ; le conseil et dépistage du VIH ; et la prise en charge et les soins du VIH, y compris le traitement antirétroviral.

Une approche globale devrait inclure toutes les interventions de cet ensemble de mesures. Néanmoins, il faudra adapter l'association des interventions et le contenu au contexte national, en s'appuyant sur une évaluation attentive de la situation locale, notamment les types de services disponibles, les modalités de la toxicomanie (les types de stupéfiants les plus couramment consommés, par exemple les opiacés, les stimulants du type amphétamine, la cocaïne et les benzodiazépines) ainsi que le taux et la fréquence des injections. La qualité des services a aussi son importance.

¹ En 2008, le Groupe de référence des Nations Unies sur la prévention et les soins du VIH/sida chez les consommateurs de drogues injectables dans les pays en développement et en transition fournira de nouvelles estimations du nombre de consommateurs de drogues injectables et de la prévalence du VIH dans cette population.

seringues est plus faible en Europe centrale et orientale. En 2007, seuls les pays suivants disposaient de plus d'un site d'échange d'aiguilles et de seringues pour 1000 consommateurs de drogues injectables : Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne et République tchèque (membres de l'Union européenne²), Croatie, Ouzbékistan, Tadjikistan et Ukraine.

Les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues desservent régulièrement moins de 10% du nombre total estimé de consommateurs de drogues injectables dans la plupart des pays d'Europe centrale et orientale (une desserte régulière étant définie comme un contact au moins une fois par mois). Dans la Fédération de Russie et en Ukraine, les deux pays de la région européenne abritant la plus forte épidémie de VIH liée aux consommateurs de drogues injectables, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ne bénéficiaient régulièrement qu'à 5% et 10% respectivement du nombre estimé de consommateurs de drogues injectables (13).

Il semble bien que le traitement de substitution aux opiacés ait été nettement étendu dans les pays de l'Union européenne depuis l'adoption de la Déclaration de Dublin sur le partenariat pour la lutte contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale

en 2004 (21). Fin 2007, ce traitement à l'aide de la méthadone et/ou de la buprénorphine était disponible dans tous les pays de l'Union européenne. Il s'étend également en Europe centrale et orientale. L'Ukraine a introduit la distribution de méthadone pour le traitement de substitution aux opiacés fin 2007. Néanmoins, l'Arménie, la Fédération de Russie, le Kazakhstan, le Tadjikistan et le Turkménistan n'assuraient toujours pas ce traitement en 2007 et la couverture demeure faible dans beaucoup d'autres pays.

La consommation de drogues injectables est également un facteur majeur de transmission du VIH dans beaucoup de pays d'Asie. À ce jour, les programmes de réduction des risques ont eu un impact limité en Asie car ils sont généralement appliqués à petite échelle. Un nombre accru de pays s'efforcent d'élargir l'accès aux services pour les consommateurs de drogues injectables. Bien que les données soient insuffisantes pour préparer des estimations de la couverture régionale en 2007, les informations disponibles indiquent que la couverture globale des services reste limitée.

Les pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord ont une population réduite mais en augmentation de consommateurs de drogues injectables, dont la plupart vivent en République islamique d'Iran

Encadré 4.2. Interventions de réduction des risques en Asie de l'Est et du Sud-Est

Chine

L'injection de drogues représente la deuxième cause de transmission du VIH en Chine et, fin 2007, elle était responsable de 29% des nouvelles infections. En 2005, la Chine comptait 1,16 million de consommateurs de drogues enregistrés. Néanmoins, on estime que le nombre total, y compris les consommateurs de drogues non enregistrés, est beaucoup plus élevé.

Les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues se sont étendus rapidement ces dernières années, grâce à des mesures destinées à accroître la disponibilité commerciale des aiguilles, à dispenser une éducation sanitaire relative aux pratiques d'injection à moindre risque et, dans certains cas, à distribuer gratuitement des aiguilles. Fin 2007, on dénombrait 775 programmes d'échange d'aiguilles et de seringues en Chine, et plus de 45 000 consommateurs de drogues injectables en bénéficiaient tous les trois mois. Les activités pour élargir ces programmes ont surtout porté sur les zones rurales où l'accès au traitement d'entretien à la méthadone demeure limité.

Le traitement de substitution aux opiacés, en particulier le traitement d'entretien à la méthadone, a été introduit à grande échelle en 2006, avec plusieurs mesures pour étendre l'accès à ces services. Le traitement de substitution aux opiacés est maintenant inclus dans les réglementations nationales sur le sida comme traitement de désintoxication, et les conditions d'entrée dans des programmes d'entretien à la méthadone ont désormais été assouplies. Beaucoup de dispensaires de traitement de la toxicomanie fournissent des services complémentaires comme le test du VIH et de l'hépatite, le conseil, le traitement antirétroviral et le renforcement des capacités. Fin 2007, la Chine comptait 503 dispensaires d'entretien à la méthadone desservant 22 provinces et 97 554 consommateurs de drogues injectables y étaient inscrits. Le taux annuel de rétention chez les participants sous traitement dans ces dispensaires était de 72%.

Une évaluation de plusieurs dispensaires réalisée en 2007 a observé une réduction du taux de consommation de drogues injectables et des délits liés à la drogue, de meilleures possibilités d'emploi et des liens familiaux resserrés. La Chine s'est fixé comme objectif de créer 1500 dispensaires d'entretien à la méthadone d'ici à 2008. Néanmoins, plusieurs obstacles doivent encore être levés pour poursuivre les efforts actuels et élargir la portée des activités.

2 Depuis le 1^{er} janvier 2007, l'Union européenne est formée des pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède et Royaume-Uni.

Viet Nam

Les consommateurs de drogues injectables au Viet Nam ont une prévalence élevée du VIH (23%), avec des taux dépassant 40% dans certaines provinces. Les activités de réduction des risques se sont accélérées ces dernières années grâce à une volonté politique plus déterminée de s'attaquer au VIH et aux amendements législatifs qui ont accéléré l'expansion des interventions de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables (22).

Le Ministère de la Santé dirige et coordonne ces interventions, notamment la promotion du préservatif, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et le traitement de substitution aux opiacés. Le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par deux projets majeurs de prévention du VIH au Viet Nam est passé de 0,2 million en 2005 à 11 millions en 2007, ce qui est suffisant pour fournir une aiguille et une seringue par jour à près d'un quart des consommateurs de drogues injectables enregistrés dans le pays. Les agents de proximité recrutés chez des consommateurs de drogues injectables ont joué un rôle capital pour développer ces interventions ; de 150 en 2005, leur nombre est passé à plus de 1000 en 2007. Plusieurs groupes de soutien par les pairs de professionnel(le)s du sexe et de consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH ont aussi été créés. Cette mesure, jointe à l'expansion des services de traitement antirétroviral, a favorisé la confiance et les liens entre le secteur de la santé et les groupes à risque.

Alors que le Viet Nam passe d'une approche orientée vers les projets à des programmes intégrés à long terme, il lui faut lever plusieurs obstacles. La prestation des services doit être encore élargie et il convient d'aborder les craintes liées à la pratique actuelle de l'enfermement obligatoire à long terme des consommateurs de drogues injectables identifiés.

Malaisie

En Malaisie aussi, la consommation de drogues est le principal mode de transmission du VIH. L'accès au traitement du VIH dans les centres de désintoxication a commencé avec un seul centre pendant la phase initiale de la mise en œuvre en 2005. En décembre 2007, quatre centres supplémentaires avaient été inclus dans ce programme, ce qui a sensiblement amélioré l'accès au traitement de cette population marginalisée.

La disponibilité de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues a aussi progressé. Trois centres de jour distribuant des équipements d'injection stérile ont été créés en 2006 et deux autres s'y sont ajoutés en 2007. Le nombre de points de services de proximité a aussi été multiplié en 2007 avec la création de 125 nouveaux sites. Le soutien accru des responsables communautaires, en particulier des chefs religieux, a joué un rôle majeur pour étendre les services à l'intention des groupes à risque en Malaisie.

et au Pakistan. Quelques pays ont introduit des programmes réussis de réduction des risques. La réduction des risques est très développée en République islamique d'Iran, ce qui prouve que ces interventions peuvent être adaptées aux croyances culturelles et religieuses majoritairement islamiques. Le Maroc a aussi lancé des programmes de ce type. Les réseaux de réduction des risques et les organisations de la société civile ont joué un rôle clé pour militer en faveur d'approches de ce type et pour les introduire dans beaucoup de régions, mais au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, ils ont montré leur faiblesse. En 2007, l'OMS et l'Association internationale de réduction des risques (IHRA) ont collaboré pour créer le réseau de réduction des risques au Moyen-Orient et en Afrique du Nord afin de renforcer le rôle des organisations de la société civile dans ce secteur. Trois centres de connaissance sous-régionaux ont aussi été fondés dans la République islamique d'Iran, au Liban et au Maroc. Ce projet est le plus fort investissement consenti jusqu'à présent pour renforcer les capacités en matière de réduction des risques dans la région.

4.1.3 Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes

C'est dans cette population que l'épidémie de sida a été décelée pour la première fois en Amérique du Nord et en Europe occidentale, il y a plus d'un quart de siècle. Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes

continuent de représenter le groupe le plus nombreux de personnes séropositives au VIH dans la plupart des pays à revenu élevé (23). Rien qu'aux États-Unis, 6000 hommes qui avaient eu des relations homosexuelles sont morts du sida en 2005, et en Amérique du Nord, il semble bien qu'une résurgence de l'épidémie soit en cours dans ce groupe (24).

Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont le groupe de population le plus touché en Europe occidentale en ce qui concerne le nombre de cas signalés de VIH, et l'incidence du VIH demeure élevée, en particulier au Royaume-Uni (25). Ces pays doivent donc stimuler, réévaluer et réviser les activités de prévention du VIH à l'intention de cette catégorie (26).

En Europe orientale, la transmission du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes semblent être nettement sous-déclarée (27). Ainsi, en 2006, 7410 nouveaux cas de VIH ont été signalés chez des homosexuels en Europe occidentale (à l'exclusion de l'Espagne et de l'Italie) contre seulement 190 nouveaux cas en Europe orientale. Pourtant, cette même année, 36% des nouveaux cas de VIH étaient classés sous la rubrique «divers» ou «non déterminé» en Europe orientale, contre 18% en Europe occidentale (28). Beaucoup de ces cas non déterminés en Europe orientale se sont probablement produits parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, compte tenu du niveau élevé de stigmatisation liée au VIH dans cette région (26,29,30).

Les rapports sexuels non protégés parmi les hommes sont un facteur important de transmission de l'épidémie de VIH en Amérique latine; dans de nombreux pays, la prévalence peut atteindre 20% chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. La prévalence du virus dans ce groupe est aussi élevée dans certains pays d'Asie (23). En Afrique subsaharienne, qui connaît une épidémie hétérosexuelle généralisée, les estimations selon des modèles statistiques dans au moins un pays indiquent que 4,5% des nouvelles infections sont liées à des relations homosexuelles (31).

Un récent examen des études du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (30) a révélé des taux nettement plus élevés de VIH dans ce groupe que dans la population générale, aussi bien dans les épidémies concentrées que généralisées. Il a noté que les homosexuels ont besoin d'urgence de prévention et de soins et qu'ils semblent sous-étudiés et sous-desservis.

Des exemples de projets de santé réussis à l'intention des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont été documentés dans certains pays d'Amérique latine et d'Asie. Ils fournissent des données montrant qu'une participation communautaire active est essentielle pour élargir l'accès aux services dans cette population (32-34). En Colombie, un programme de communication a permis de sensibiliser les homosexuels de Bogota à l'importance de la prévention, du diagnostic et du traitement du VIH et il a permis d'augmenter le nombre de personnes demandant un test du VIH (35).

Dans l'ensemble, on dispose de données limitées sur la prévalence du VIH et l'accès aux services de santé pour la prévention, le traitement et les soins du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ce manque est lié à plusieurs facteurs, dont l'insuffisance des investissements pour comprendre leurs besoins sanitaires, une mauvaise conception des services et les obstacles qui bloquent leur accès aux services en raison de la stigmatisation et de la discrimination et, dans des cas plus extrêmes, de la pénalisation de ce comportement sexuel. Encore récemment, on constatait également un manque d'impulsion internationale et de plaidoyer au niveau international engageant à aborder les questions relatives à la transmission du VIH et à l'accès aux services de santé des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Le secteur de la santé a un rôle important à jouer pour les inclure dans les priorités de la programmation du secteur national de la santé : il doit garantir des liens avec des organisations d'appui communautaire afin d'élargir l'accès aux services de santé de ce groupe, militer pour une dépénalisation des actes avec des personnes du même sexe et pour une législation qui sanctionnera la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle.

4.1.4 Les prisonniers

Les prisonniers sont un groupe très exposé à l'infection par le VIH, avec une prévalence souvent sensiblement plus

Tableau 4.1. Sélection d'études sur le comportement en matière d'injection en prison, 2000–2005

Lieu	Taille de l'échantillon	Pourcentage de prisonniers qui s'injectent des drogues	Pourcentage de prisonniers qui partagent des aiguilles	Étude
Canada	105 femmes	19%		DiCenso et al. (38)
Canada	> 1200	27%	80%	Small et al. (39)
Canada	439 hommes, 158 femmes	3.3%	32%	Calzavara et al. (40)
États-Unis d'Amérique	281 hommes, 191 femmes	31% de consommateurs de drogues injectables avec des antécédents d'incarcération avaient consommé des drogues illégales en prison, et près de la moitié d'entre eux s'étaient injecté des drogues en prison		Clarke et al. (47)
Fédération de Russie	1044	10%	66%	Frost & Tchertkov (44)
Fédération de Russie	277	13%		Dolan et al. (45)
Irlande	1178		70.5%	Allright et al. (42)
Maurice	100 hommes, 50 femmes, 50 jeunes (25 hommes, 25 femmes)	10.8% of adults and 2.1% of youth		Évaluation rapide de la situation à Maurice (43)
Thaïlande	689	25%	77.8%	Thaisri et al. (46)
Union européenne et Norvège		0.2–34%		EMCDD (41)

Source : *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons* (14).

élevée que celle de la population générale (36). Bien que la plupart des prisonniers contractent l'infection au VIH en dehors de la prison, le risque de transmission du VIH pendant l'incarcération est élevé en raison du partage d'équipement d'injection contaminé ou de rapports sexuels non protégés (37). Néanmoins, cette population est largement hors d'atteinte du système formel de santé dans la communauté. Les prisons doivent donc être une priorité des interventions du secteur de la santé en matière de VIH (tableau 4.1).

Même les pays qui ont investi massivement pour réduire l'offre et la demande de drogues en prison ont été incapables de mettre un terme à la consommation de drogues injectables. L'activité sexuelle, y compris le viol et d'autres formes de rapports sexuels non consentis, est aussi fréquemment signalée. Plusieurs systèmes carcéraux ont documenté des poussées d'infection par le VIH, notamment en Australie, en Écosse (Royaume-Uni), dans la Fédération de Russie, en République islamique d'Iran et en Lituanie, montrant la rapidité avec laquelle le VIH peut se propager en prison en l'absence de mesures efficaces de prévention (14).

Encadré 4.3. Interventions en matière de VIH pour les prisonniers d'Asie du Sud et du Sud-Est

Un récent rapport (48) a évalué l'accès des prisonniers aux interventions prioritaires de prévention, de traitement et de soins dans quatre pays d'Asie du Sud et du Sud-Est : l'Inde, l'Indonésie, le Népal et la Thaïlande.

En général, cette région a largement ignoré l'ampleur de la transmission du VIH dans les prisons et son rôle dans la prévalence du VIH au sein de l'ensemble de la communauté. Les conditions carcérales dans les pays examinés ne respectaient pas les normes internationales, et la surpopulation et la nutrition inadéquate sont fréquentes. Dans les prisons thaïlandaises, indiennes et indonésiennes, on estime que la prévalence du VIH est de 2 à 15 fois plus élevée que dans la communauté. Aucun chiffre n'était disponible pour le Népal.

Les comportements à risque comme le partage d'équipement d'injection contaminé, les rapports sexuels non protégés et les tatouages sont fréquents dans toutes les prisons des pays examinés. Entre un tiers et la moitié des prisonniers ayant des antécédents de consommation de drogues injectables continuent de s'injecter des drogues en prison, et les rapports sexuels consentis et coercitifs sont fréquents entre détenus. La prévalence de la tuberculose est jusqu'à 100 fois plus élevée dans les prisons que dans la communauté. Néanmoins, ces pays ne recueillent pas systématiquement de données sur le VIH et la tuberculose dans les prisons.

Accès aux interventions de prévention du VIH

Les programmes d'information sur le VIH étaient la mesure de prévention la plus habituellement mise en œuvre dans les prisons de tous les pays ayant fait l'objet de l'enquête. Tous les pays distribuaient des préservatifs aux détenus dans le cadre de projets pilotes ou ponctuels. Pourtant, aucun d'entre eux n'avait introduit de programme national de distribution des préservatifs en prison. Aucun n'avait non plus appliqué un programme d'échange d'aiguilles et de seringues. L'Inde, la Thaïlande et l'Indonésie proposaient des programmes de désintoxication. Seule l'Indonésie avait introduit le traitement de substitution aux opiacés et c'est le premier pays de la région à l'avoir fait.

Accès au traitement et aux soins du VIH

L'accès aux soins généraux de santé était médiocre dans ces quatre pays. Un soutien ponctuel et des services de soins sont disponibles dans certaines prisons, comme des groupes d'appui pour prisonniers vivant avec le VIH. Aucun pays n'administrerait systématiquement de traitement antirétroviral aux prisonniers, même si quelques détenus en Inde et en Thaïlande étaient sous traitement antirétroviral. Certaines prisons indiennes traitaient les infections sexuellement transmissibles. La stratégie DOTS contre la tuberculose a été appliquée dans des prisons de Bangkok et des provinces environnantes en Thaïlande.

Recommandations pour améliorer la prévention, le traitement et les soins du VIH dans les prisons

Parmi les recommandations pour améliorer la prévention, les soins et le traitement dans les prisons figurent les interventions suivantes du secteur de la santé :

- accroître les ressources et rechercher un financement spécifique pour les programmes de santé dans les prisons ;
- encourager activement les ministères de la santé à améliorer la santé des détenus ;
- introduire des stratégies de prévention et de soins, notamment des programmes de distribution de préservatifs, des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, le traitement de substitution aux opiacés, le conseil et dépistage du VIH et le traitement des infections sexuellement transmissibles ;
- garantir l'accès au traitement antirétroviral pour ceux qui entrent et sortent de prison par une planification appropriée des libérations, un conseil avant et après la sortie et d'autres mécanismes de suivi ;
- assurer la prise en charge des infections opportunistes associées au VIH ; et
- renforcer l'information stratégique telle que les données biologiques et comportementales sur le VIH, les infections sexuellement transmissibles et la tuberculose chez les prisonniers.

Source : HIV prevention, care and treatment in prisons in the South-East Asia Region (48).

Depuis le début des années 90, plusieurs pays ont introduit des programmes de prise en charge du VIH en prison. Néanmoins, beaucoup sont de petite échelle, restreints à quelques prisons ou ils excluent les interventions les plus efficaces, par exemple les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues.

En 2007, l'OMS a commandité un examen détaillé de la prévalence du VIH et des comportements à risque en milieu carcéral. Les études (15–18) ont fourni de nombreuses preuves démontrant que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, le traitement des infections sexuellement transmissibles, la distribution de préservatifs, le traitement de substitution aux opiacés et d'autres programmes de traitement de la toxicomanie en prison sont réalisables et d'une efficacité avérée (encadré 4.3).

4.2 Prévention et soins pour les personnes vivant avec le VIH

Toutes les personnes vivant avec le VIH devraient avoir accès à un ensemble essentiel d'interventions du secteur de la santé pour prévenir les infections opportunistes, améliorer autant que possible leur état de santé, prévenir de nouvelles transmissions du VIH et, dans certains cas, retarder la progression de l'infection à VIH.

Répondre aux besoins de prévention des personnes vivant avec le VIH est un défi pour le secteur de la santé. En élargissant l'accès au conseil et dépistage du VIH ainsi

qu'au traitement antirétroviral, on augmentera le nombre de personnes vivant avec le VIH qui peuvent bénéficier de services complets de prévention, de soins et de traitement du VIH dans le secteur de la santé. Néanmoins, les personnes vivant avec le VIH peuvent disparaître du suivi après le diagnostic ou par peur d'être stigmatisées ne pas utiliser les services jusqu'à ce qu'elles aient une infection à VIH à un stade avancé. Pour élargir la prévention du VIH et les soins à long terme des personnes vivant avec le VIH, le secteur de la santé aura besoin de capacités additionnelles, de liens plus forts avec des réseaux de personnes vivant avec le VIH et de mesures pour éliminer la stigmatisation et la discrimination au sein des établissements de santé.

4.3 Circoncision

La circoncision est maintenant reconnue comme une intervention importante du secteur de la santé pour réduire le risque de transmission hétérosexuelle du VIH chez les hommes, en particulier dans les pays qui connaissent des taux élevés d'infection hétérosexuelle par le VIH et de faibles taux de circoncision.

Trois essais contrôlés randomisés menés en Afrique subsaharienne pour évaluer l'impact de la circoncision sur l'infection par le VIH chez des hommes hétérosexuels (49–52) ont indiqué un net effet de protection, avec une réduction de près de 60% du risque de contracter le VIH. Les modèles mathématiques ont par la suite prédit que la circoncision pourrait éviter 2 millions de nouvelles infections

Encadré 4.4. Prévention et soins essentiels pour les adultes et les adolescents vivant avec le VIH

L'OMS considère que les domaines d'intervention suivants revêtent une importance particulière pour les personnes vivant avec le VIH :

- conseil et soutien psychosocial ;
- dépistage et conseil ;
- révélation du statut et notification au partenaire ;
- prévention et prise en charge de la coinfection tuberculose/VIH, y compris les «trois I» (traitement préventif à l'isoniazide, intensification de la recherche de cas et lutte contre l'infection) ;
- prévention et prise en charge des infections opportunistes et de la comorbidité, notamment la tuberculose ;
- prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles et autres infections du système génital ;
- prévention du paludisme ;
- maladies à prévention vaccinale choisies (hépatite B, pneumocoques, grippe et fièvre jaune) ;
- nutrition ;
- planification familiale ;
- prévention de la transmission mère-enfant du VIH ;
- programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et traitement de substitution aux opiacés ; et
- eau, assainissement et hygiène.

Bien que toutes les interventions ne soient pas nécessaires dans tous les pays, des interventions utiles doivent être assurées selon le contexte et l'épidémiologie locale. Beaucoup de ces interventions demeureront nécessaires même après le début du traitement antirétroviral et doivent être maintenues tout au long du traitement.

et 300 000 décès au cours des dix prochaines années en Afrique subsaharienne, et diminuer de moitié la prévalence du VIH (53, 54). Un autre modèle a estimé que le recul de l'incidence du VIH susceptible d'être obtenu selon certains scénarios pourrait réduire le taux de reproduction (le nombre moyen de personnes infectées par chaque porteur du VIH) au dessous de 1, ce qui permettrait de renverser le cours de l'épidémie (55).

On ne sait pas encore si la circoncision diminue le risque de transmission sexuelle du VIH de l'homme à la femme ou entre hommes. Des études préliminaires suggèrent que les partenaires féminines d'hommes circoncis pourraient avoir une prévalence réduite de certaines infections de l'appareil génital (56).

En 2007, l'OMS et l'ONUSIDA, sur le conseil d'experts réunis pour une consultation internationale, ont recommandé de reconnaître la circoncision comme une importante mesure supplémentaire de prévention de la transmission hétérosexuelle du VIH chez l'homme, une date dans l'histoire de la prévention du VIH (57).

Les recommandations de la consultation soulignent que la circoncision devrait être étendue dans le cadre d'un

ensemble complet et intégré de mesures de prévention du VIH, adapté au contexte social et culturel. Elles préconisent le conseil et dépistage à l'initiative du soignant avant la circoncision. Elles insistent également sur le fait que la circoncision doit s'accompagner d'informations appropriées concernant les limites de ses effets protecteurs pour les hommes hétérosexuels séronégatifs ; que l'intervention doit être pratiquée dans un environnement clinique approprié par des soignants compétents ; et que les principes des droits de l'homme doivent guider la prestation des services. Il est particulièrement important de prévoir un temps suffisant pour la cicatrisation de la plaie avant de reprendre l'activité sexuelle, car les données indiquent un risque accru de transmission du VIH pendant cette période (58).

En Afrique subsaharienne, beaucoup de pays à forte charge étudient s'il convient d'élargir les programmes de circoncision et dans quelles conditions, en se fondant sur les recommandations de la consultation internationale³. Plusieurs partenaires nationaux et internationaux travaillent avec les pays pour définir un éventail de méthodes de prestation des services de circoncision.

Actuellement, la circoncision n'est pas recommandée pour les hommes vivant avec le VIH.

Encadré 4.5. Étendre la circoncision au Swaziland

En 2004, la prévalence du VIH identifiée dans les dispensaires prénatals au Swaziland atteignait 42,6%, la plus forte au monde. Le Swaziland est l'un des pays où l'expansion des services de circoncision pourrait influencer sensiblement l'épidémie de VIH car la prévalence du virus est élevée et le taux de circoncision est faible. Les jeunes garçons ne sont pas habituellement circoncis ; la proportion est d'environ 14%. Néanmoins, la circoncision est bien acceptée dans le pays, comme ailleurs en Afrique subsaharienne (59).

La circoncision des adultes est assurée à l'hôpital public de référence à Mbabane (la capitale), deux cliniques privées de Mbabane, plusieurs hôpitaux et dans les cabinets de médecins privés. Pour aider à répondre à la demande de circoncision, en 2007, le Gouvernement a parrainé plusieurs événements d'une journée, appelés samedis de la circoncision, au cours desquels une équipe chirurgicale a circoncis plusieurs douzaines d'hommes.

Quarante hommes âgés de 18 à 30 ans ont participé à l'un de ces événements, dans la ville de Mankayane. Des brochures ont été distribuées pour faire connaître l'événement. Les 40 hommes ont reçu des conseils en groupe avant l'intervention. Tout d'abord, l'organisation non gouvernementale Population Services International a réalisé une séance de conseil sur la réduction des risques. Puis, une infirmière de Family Life Association du Swaziland, qui avait une expérience clinique et éducative de la circoncision a donné des informations sur la circoncision. Un service individuel de conseil et dépistage volontaires était disponible après les séances de groupe pour les hommes intéressés. Un quart des participants ont fait le test du VIH.

En sept heures de travail, chaque chirurgien a réalisé une moyenne de dix interventions. Aucune complication importante n'est à signaler. Les hommes ont été vus pour les visites postopératoires comme nécessaire. L'intervention a été pratiquée gratuitement, et le coût du processus pour le programme s'est élevé à \$US 82 par circoncision.

Les samedis de la circoncision montrent comment un programme de santé publique peut assurer des services sûrs de circoncision, avec un conseil approprié et un suivi postopératoire adapté, dans un environnement aux ressources limitées

³ En 2007, des consultations nationales et une planification pour étendre les programmes de circoncision se sont déroulées dans les pays suivants : Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

4.4 Prévenir la transmission du VIH dans les établissements de santé

Dans les établissements de santé, les personnes qui donnent et reçoivent des soins de santé courent un risque potentiel d'exposition au VIH, selon que des précautions universelles sont appliquées ou non. Les personnes recevant des soins peuvent être exposées à du sang par des produits sanguins contaminés, des aiguilles ou des instruments utilisés sur d'autres patients ou, rarement, par des soignants au cours

d'une intervention chirurgicale. Les soignants sont le plus fréquemment exposés au sang des personnes recevant des soins par des blessures accidentelles avec des instruments coupants ou piquants (comme les aiguilles des seringues, les scalpels, les bistouris, le verre cassé ou d'autres objets potentiellement contaminés avec du sang).

Le VIH continue d'être transmis par des transfusions sanguines en raison du manque de dépistage universel avec assurance qualité, du recours indu à des donneurs

Encadré 4.6. Vaccins, microbicides et nouvelles technologies de prévention

Les recherches sur les vaccins contre le VIH et les microbicides ont permis de mieux connaître l'immunologie et les interactions entre le virus et son hôte. Néanmoins, ces dernières années, les activités de mise au point de vaccins et de microbicides ont obtenu des résultats décevants.

Vaccins

La diversité génétique et la mutabilité de la protéine de l'enveloppe du VIH ont contrarié la mise au point d'un vaccin préventif ou thérapeutique. L'essai STEP de phase III de Merck sur le vaccin candidat contre le sida, MRK-Ad5, a été interrompu à la moitié du recrutement des volontaires en 2007, après que l'analyse de données provisoires a indiqué qu'il n'avait pas d'effet protecteur; une analyse multivariante plus récente des données de cet essai a suggéré une augmentation globale du risque d'infection par le VIH parmi les individus vaccinés par rapport à ceux qui avaient reçu un placebo (68).

Microbicides et capes cervicales

Un essai de phase III d'un gel microbicide à base de sulfate de cellulose a été interrompu au début de 2007 car les données indiquaient que ce produit pouvait avoir contribué à un risque accru d'infection par le VIH. L'essai du diaphragme MIRA n'a pas mis en évidence son efficacité en juillet 2007 et, en février 2008, les résultats de l'essai de phase III du microbicide Carraguard® ont révélé que le produit était sûr, mais inefficace pour prévenir l'infection par le VIH (69,70).

Nouvelles technologies de prévention

La prophylaxie avant exposition est une stratégie expérimentale qui administre quotidiennement des médicaments antirétroviraux pour prévenir l'infection par le VIH. Les essais cliniques testant le ténofovir et le ténofovir + emtricitabine comme agents prophylactiques avant exposition ont rencontré des difficultés initiales, et plusieurs essais ont été suspendus avant ou pendant le recrutement des volontaires au Cambodge, au Cameroun et au Malawi. Néanmoins, d'autres essais de prophylaxie avant exposition se poursuivent afin d'évaluer la sécurité et l'efficacité de cette intervention.

Une étude présentée à la XVI^e Conférence internationale sur le sida (71) a montré que le ténofovir était sûr comme prophylaxie avant exposition. Les résultats d'essais de phase III à grande échelle en Thaïlande (testant la sécurité et l'efficacité du ténofovir chez des consommateurs de drogues injectables) sont attendus en 2008. Les résultats de l'essai de phase III du ténofovir + emtricitabine chez de jeunes adultes hétérosexuels sexuellement actifs en Afrique et au Pérou et en Équateur chez des hommes qui ont des relations homosexuelles devraient être connus en 2009 et 2010, respectivement (72).

Traitement suppressif du virus Herpes simplex type 2

De multiples études observationnelles ont montré que l'infection par le virus Herpes simplex type 2, le type le plus fréquemment responsable de l'herpès génital, est étroitement associée à l'infection par le VIH (73). Cela pourrait s'expliquer par la présence d'ulcérations chez les individus infectés par le virus Herpes simplex type 2, qui donnent un point d'entrée facile au VIH.

Deux essais contrôlés randomisés ont cherché à déterminer si la prise quotidienne de médicaments pour supprimer la multiplication du virus Herpes simplex type 2 et l'apparition d'ulcérations génitales pouvait influencer l'infection par le VIH. Les deux essais n'ont pu montrer d'effet protecteur (74,75). Les raisons pour lesquelles ces essais pourtant bien menés n'ont pas décelé d'effet protecteur parmi les sujets séronégatifs ne sont pas claires. Des essais complémentaires tentent de démontrer si un traitement similaire de personnes vivant avec le VIH et infectées par le virus Herpes simplex type 2 peut prévenir la transmission du VIH.

familiaux ou rémunérés et de l'utilisation superflue de sang. Dans le monde, de 2004 à 2005, 80,7 millions de dons de sang entier ont été recueillis chaque année dans 167 pays (60).

Sur ce total, 77,3 millions ont été testés pour le VIH, contrairement à 0,6 million au moins des 3,4 millions de dons restants. Toutefois, la qualité de ces tests est incertaine, puisque 75 (52%) des 145 pays affichant un dépistage du VIH de 100% n'utilisaient pas ou ne vérifiaient pas l'utilisation de procédures d'opération normalisées dans tous les centres. La formation des soignants peut considérablement réduire le risque d'infection par le VIH, puisque jusqu'à 50% des transfusions demeurent inutiles (61,62). Il faut également veiller plus attentivement à garantir une formation appropriée au suivi et à la supervision des soignants.

Les injections non sécurisées continuent d'exposer les patients au risque d'infection par le VIH. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, on estime que 40% des injections sont administrées avec des équipements non sécurisés (63). D'après de récentes études en Afrique et en Thaïlande, moins de 1% à 3% des infections par le VIH auraient été causées par des injections non sécurisées (31,64).

On estime que, chaque année, 327 000 soignants dans le monde risquent une contamination par le VIH après une exposition percutanée. C'est en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est que le nombre le plus élevé de soignants exposés est notifié. Rien qu'en Afrique australe, chaque année, près de 19% des agents de santé subissent une exposition percutanée au VIH (65).

Le risque de contracter le VIH à partir d'une unique exposition percutanée à une aiguille infectée avec le virus est d'environ 0,43%. Néanmoins, c'est là une moyenne; les blessures superficielles ou profondes pratiquées par des instruments avec du sang visible présentent un risque accru d'infection (65). Les blessures avec des instruments piquants causent de 200 à 5000 infections par le VIH chaque année chez les soignants, et près de 4% des infections au VIH dans le personnel sanitaire se produisent dans un cadre professionnel (66).

La prophylaxie post-exposition est un traitement antirétroviral à court terme qui vise à réduire le risque d'infection par le VIH suite à un contact potentiel avec le virus. L'OMS recommande de proposer cette prophylaxie dans le cadre d'un ensemble global de mesures universelles de prévention du secteur de la santé qui réduira l'exposition des soignants aux risques infectieux (67). En 2007, 64 des 73 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant transmis des renseignements (88%) avaient une politique ou un protocole sur la prophylaxie post-exposition⁴. Pourtant, la disponibilité déclarée de cette mesure dans les établissements de santé est plus faible, et dans les 50 pays ayant envoyé un rapport, seulement 35% des centres de santé l'assuraient. La politique ou le protocole national sur la prophylaxie après exposition couvrait l'exposition en milieu professionnel (par exemple les blessures causées par des aiguilles dans un établissement de santé) dans les 64 pays ayant donné des chiffres. Néanmoins, seulement 40 d'entre eux (62%) couvraient aussi les expositions non professionnelles (par exemple en cas de violences sexuelles).

⁴ Données transmises à l'OMS en réponse au questionnaire annuel pour le suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2007.

Références

1. OMS, ONUSIDA et UNICEF. *Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation, avril 2007*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://www.who.int/hiv/mediacentre/universal_access_progress_report_fr.pdf, consulté le 15 mai 2008).
2. WHO technical consultation in collaboration with the European AIDS Treatment Group and AIDS Action Europe on the criminalization of HIV and other sexually transmitted infections. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/Document/SHA/crimconsultation_latest.pdf, consulté le 5 mai 2008).
3. Weait M. *Intimacy and responsibility: the criminalisation of HIV transmission*. Abingdon, Routledge-Cavendish, 2007.
4. Rojanapithayakorn W. The 100% condom use programme in Asia. *Reproductive Health Matters*, 2006, 14:41–52.
5. Thai Working Group on HIV/AIDS. *Projections for HIV/AIDS in Thailand : 2000–2020*. Bangkok, Ministry of Public Health, 2001.
6. Ministry of Health of the Union of Myanmar and WHO Regional Office for South-East Asia. *Review of the Myanmar National AIDS Programme*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2006 (http://www.searo.who.int/en/Section10/Section18/Section356_4613.htm, consulté le 5 mai 2008).
7. Steen R et al. Pursuing scale and quality in STI interventions with sex workers : initial results from Avahan India AIDS Initiative. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82:381–385.
8. Mogasale V et al. Sexually transmitted infection (STI) capacity building to support scale-up of Avahan interventions with sex workers (SWs) in India. *16th International AIDS Conference, Toronto, Canada, 13–18 August 2006* (abstract no. MOPE0600; <http://www.aegis.com/conferences/iac/2006/MoPE0600.html>, consulté le 5 mai 2008).
9. Steen R et al. Pursuing scale and quality in STI interventions with sex workers : initial results from Avahan India AIDS Initiative. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82:381–385.
10. Kimani J et al. Reduced rates of HIV acquisition during unprotected sex by Kenyan female sex workers predating population declines in HIV prevalence. *AIDS*, 2008, 22:131–137.
11. Ghys P et al. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire, 1991–1998. *AIDS*, 2003, 17(Suppl 4) :121–122.
12. Aceijas C et al. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 2004, 18:2295–2303.
13. Donoghoe MC et al. Setting targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (IDUs) : towards consensus and improved guidance. *International Journal of Drug Policy*, 2008, 19(Suppl 1) :S5–S14.
14. WHO/UNODC/UNAIDS. *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers ; <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
15. WHO/UNODC/UNAIDS. *Interventions to address HIV in prisons : prevention of sexual transmission*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers ; <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
16. WHO/UNODC/UNAIDS. *Interventions to address HIV in prisons : needle and syringe programmes and decontamination strategies*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers ; <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
17. WHO/UNODC/UNAIDS. *Interventions to address HIV in prisons : drug dependence treatments*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers ; <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
18. WHO/UNODC/UNAIDS. *Interventions to address HIV in prisons : HIV care, treatment and support*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers ; <http://www.who.int/hiv/idu/prison/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
19. Ball A et al. Evidence for action for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*, 2005, 16:S1–S6.
20. UNAIDS and WHO Regional Office for Europe. *Monitoring progress on the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
21. *Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Dublin, Irish Presidency of the European Union, 2004 (http://www.eu2004.ie/templates/meeting.asp?sNavlocator=5,13&list_id=25, consulté le 5 mai 2008).
22. *HIV/AIDS in Viet Nam – action at national and local levels : legal documentation*. Hanoi, UNAIDS Office in Viet Nam, 2008 (<http://www.unaids.org.vn/local/legal.htm>, consulté le 5 mai 2008).
23. *Le point sur l'épidémie de sida 2007*. Genève, ONUSIDA et Organisation mondiale de la Santé, 2007 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/default.asp>, consulté le 15 mai 2008).

24. Jaffe HW, Valdiserri RO, De Cock KM. The reemerging HIV/AIDS epidemic in men who have sex with men. *Journal of the American Medical Association*, 2007, 298:2412-2414.
25. UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance. *Testing times: HIV and other sexually transmitted infections in the United Kingdom: 2007*. London, Health Protection Agency, Centre for Infections, 2007.
26. Lazarus JV. *The spread of HIV in Europe: hidden epidemics and other barriers to universal access to prevention, treatment and care*. Lund, Sweden, Lund University, 2008.
27. Cáceres C, Konda K, Pecheny M, Chatterjee A, Lyster R. Estimating the number of men who have sex with men in low and middle income countries. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82:3-9.
28. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV). *HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2006, No. 75*. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2007.
29. Ottoson D. *State-sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*. Brussels, International Lesbian and Gay Association, 2007 (http://www.ilga.org/statehomophobia/State-sponsored_homophobia_ILGA_07.pdf, consulté le 5 mai 2008).
30. Baral S et al. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: a systematic review. *PLoS Medicine*, 2007, 4:e339.
31. Gouws E et al. Short-term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Journal of Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82:51-55.
32. Cáceres C. Access to health care by sexual minorities in Latin America. *16th International AIDS Conference, Toronto, Canada, 13-18 August 2006*.
33. ONUSIDA, *Rapport de 2006 sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève, Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida, 2006 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/default.asp>, consulté le 15 mai 2008).
34. Segura E, Cáceres C. *Access to STI & HIV/AIDS-related health services by Peruvian men who have sex with men: brief report from a STI clinic-based survey in 5 large cities*. Non publié, 2008.
35. Mejía A, Serrano C. *Validación de una estrategia de comunicación para promover el acceso al diagnóstico para VIH/ITS en hombres gay de Bogotá D.C.* Bogotá, Fundación Henry Ardila and Pan American Health Organization, 2007.
36. *HIV/AIDS and hepatitis C in prisons: the facts*. Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2005 (<http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=171>, consulté le 5 mai 2008).
37. ONUDC. *Le VIH/sida: Prévention, soins, traitement et soutien en milieu pénitentiaire – Cadre pour une intervention nationale efficace*. Vienne, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2006 (<http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html>, consulté le 15 mai 2008).
38. DiCenso A, Dias G, Gahagan J. *Unlocking our futures: a national study on women, prisons, HIV, and hepatitis C*. Toronto, PASAN, 2003.
39. Small W et al. Incarceration, addiction and harm reduction: inmates experience injecting drugs in prison. *Substance Use and Misuse*, 2005, 40:831-843.
40. Calzavara LM et al. Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates. *Addiction*, 2003, 98:1257-1265.
41. European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *The state of the drugs problem in Europe. Annual report 2005*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2005.
42. Allright S et al. Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *British Medical Journal*, 2000, 321:78-82.
43. *Rapid situation assessment Mauritius*. Non publié, 2005.
44. Frost L, Tchertkov V. Prisoner risk taking in the Russian Federation. *AIDS Education and Prevention*, 2002, 14(Suppl B):7-23.
45. Dolan K, Bijl M, White B. HIV education in a Siberian prison colony for drug dependent males. *International Journal of Equity in Health*, 2004, 3:7.
46. Thaisri H et al. HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. *BMC Infectious Diseases*, 2003, 3:25.
47. Clarke JG et al. (2001). Active and former injection drug users report of HIV risk behaviors during periods of incarceration. *Substance Abuse*, 22:209-216.
48. *HIV prevention, care and treatment in prisons in the South-East Asia Region*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2007 (http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section18/Section356_4613.htm, consulté le 5 mai 2008).
49. Auvert B et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Medicine*, 2005, 2:e298.
50. Bailey RC et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2007, 369:643-656.
51. Gray RH et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, 2007, 369:657-666.
52. Weiss HA et al. Male circumcision for HIV prevention: from evidence to action? *AIDS*, 2008, 22:567-574.
53. Williams BG et al. The potential impact of male circumcision on HIV in sub-Saharan Africa. *PLoS Medicine*, 2006, 3:e262.

54. Nagelkerke NJ et al. Modelling the public health impact of male circumcision for HIV prevention in high prevalence areas in Africa. *BMC Infectious Diseases*, 2007, 7:16.
55. Gray RH et al. The impact of male circumcision on HIV incidence and cost per infection prevented : a stochastic simulation model from Rakai, Uganda. *AIDS*, 2007, 21 :845–850.
56. Tobian A et al. Trial of male circumcision : prevention of HSV-2 in men and vaginal infections in female partners, Rakai, Uganda. *15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA, 3–6 February 2008* (Abstract 28LB ; <http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/33369.htm>, consulté le 5 mai 2008).
57. *New data on male circumcision and HIV prevention : policy and programme implications*. Geneva, World Health Organization and UNAIDS, 2007 (http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/Resources/PolicyGuidance/Techpolicies/Male_Cir_Technical_policies.asp, consulté le 5 mai 2008).
58. Wawer M et al. Trial of male circumcision in HIV+ men, Rakai, Uganda : effects in HIV+ men and in women partners. *15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA, 3–6 February 2008* (Abstract 33LB ; <http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/33461.htm>, consulté le 5 mai 2008).
59. Tsela S, Halperin DT. Knowledge, attitudes and practices regarding male circumcision in the Manzini (central) region of Swaziland. *16th International AIDS Conference, Toronto, Canada, 13–18 August 2006* (<http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=2199111>, consulté le 5 mai 2008).
60. *Global Database on Blood Safety report 2004–2005*. Geneva, World Health Organization (sous presse).
61. Sirchia G et al. *Safe and good use of blood in surgery (SANGUIS) : use of blood products and artificial colloids in 43 European hospitals*. Luxembourg, European Commission, Directorate-General for Science, Research and Development, 1994.
62. Appropriateness and safety of blood transfusion. *British Medical Journal*, 2005, 330 :104–105.
63. Hauri AM, Armstrong GL, Hutin YGF. The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD and AIDS*, 2004, 15:7–16.
64. White RG et al. Quantifying HIV-1 transmission via unsafe injections. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2007, 104:9794–9799.
65. Prüss-Üstün A, Rapiti E, Hutin Y. *Sharps injuries : global burden of disease due to sharps injuries in health care workers*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Environmental Burden of Disease Series, No. 3 ; http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/9241562463/en/index.html, consulté le 5 mai 2008).
66. Rapiti E, Prüss-Üstün A, Hutin Y. *Sharps injuries : assessing the burden of disease from sharps injuries to health care workers at national and local levels*. Geneva, World Health Organization, 2005 (Environmental Burden of Disease Series, No. 11 ; http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/ebd11/en/index.html, consulté le 5 mai 2008).
67. *Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection : joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/PEP/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
68. Kripke K. *Multivariate analysis of the STEP study (Merck V520 Protocol 023/HVTN 502)*. New York, AIDS Vaccine Advocacy Coalition, 2008 (http://avac.org/pdf/NIAID_STEP_slides.pdf, consulté le 5 mai 2008).
69. Padian N et al. Diaphragm and lubricant gel for prevention of HIV acquisition in southern African women : a randomised controlled trial. *Lancet*, 2007, 370 :251–256.
70. *Trial shows anti-HIV microbicide is safe, but does not prove it effective*. Washington, DC, Population Council, 18 February 2008.
71. Petersen L et al. Findings from a double-blind, randomized, placebo-controlled trial of tenofovir disoproxil fumarate (TDF) for prevention of HIV infection in women. *16th International AIDS Conference, Toronto, Canada, 13–18 August 2006* (Abstract THLB0103 ; <http://www.aids2006.org/pag/Abstracts.aspx?AID=51348>, consulté le 5 mai 2008).
72. *HIV prevention research : a comprehensive timeline*. New York, AIDS Vaccine Advocacy Coalition, 2008 (<http://avac.org/timeline-website/index.htm>, consulté le 5 mai 2008).
73. Wald A. Synergistic interactions between herpes simplex virus type-2 and human immunodeficiency virus epidemics. *Herpes*, 2004, 11 :70–76.
74. Watson-Jones D et al. Effect of herpes simplex suppression on incidence of HIV among women in Tanzania. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358 :1560–1571.
75. Celum C et al. HSV-2 suppressive therapy for prevention of HIV acquisition : results of HPTN 03. *15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 2008, Boston, MA, 3–6 February 2008* (Abstract 32 ; <http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/31499.htm>, consulté le 5 mai 2008).

5. ÉTENDRE LES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DU VIH POUR LES FEMMES ET LES ENFANTS

Principales conclusions

- Ces dernières années, la communauté internationale et les pays ont intensifié leur engagement politique en faveur de l'expansion des interventions de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- On estime que, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 18% des femmes enceintes ont réalisé un test du VIH en 2007, contre 10% en 2004.
- On estime que 33% des femmes enceintes vivant avec le VIH ont pris des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission du virus à leur enfant en 2007, ce qui représente une nette augmentation par rapport à 2004, où elles n'étaient que 10%. C'est l'Afrique subsaharienne qui a connu l'expansion la plus marquée.
- Un nombre croissant de pays administrent aux femmes enceintes séropositives une association de médicaments prophylactique antirétroviraux, un schéma plus efficace qu'un seul médicament pour réduire la transmission mère-enfant du VIH.
- Seulement 12% des femmes enceintes identifiées comme séropositives au VIH à l'occasion d'une consultation prénatale ont été examinées pour déterminer s'il était indiqué de leur administrer un traitement antirétroviral pour protéger leur propre santé.
- À peine 8% des nourrissons nés de mères séropositives au VIH ont fait l'objet d'un test de dépistage du VIH dans les deux mois suivant leur naissance. De plus, 4% seulement des nourrissons nés de mères séropositives ont été mis sous prophylaxie au cotrimoxazole, ainsi que le conseille l'OMS.
- Le nombre d'enfants qui suivent un traitement antirétroviral est passé d'environ 75 000 en 2005 à près de 200 000 en 2007. Néanmoins, beaucoup d'enfants infectés par le VIH ne sont toujours pas sous traitement et leur taux de mortalité demeure élevé.

Partout dans le monde, et tout particulièrement en Afrique subsaharienne, les femmes et les enfants paient un lourd tribut à l'épidémie de VIH. En 2007, les femmes représentaient près de la moitié des personnes vivant avec le VIH et plus de 60 % des infections en Afrique subsaharienne. Dans d'autres régions, elles représentent encore moins de la moitié des personnes séropositives (26% en Europe orientale et en Asie centrale, 29% en Asie et 43% dans les Caraïbes), mais leur proportion ne cesse de croître (1).

On estime à 2,1 millions [1,9 million-2,4 millions] le nombre d'enfants de moins de 15 ans qui vivaient avec le virus en 2007, dont plus de 90% avaient été infectés par leur mère (1). Les enfants représentent 6% des infections à VIH, 17% des nouvelles infections et 14% des décès liés au virus. Près de 90% des enfants séropositifs vivent en Afrique subsaharienne.

On estime que, sur les 115 millions d'enfants qui voient le jour chaque année dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 1,5 million naissent de mères séropositives au VIH. Près de 90% des femmes enceintes séropositives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire vivent dans 20 pays, et 75% sont concentrées dans 12 pays seulement (tableau 5.1).

Le VIH affecte aussi l'état de santé général des enfants, surtout dans les pays à forte prévalence de VIH. Dans six pays, tous situés en Afrique orientale et australe, le VIH est la cause principale de décès chez les enfants de moins de cinq ans (tableau 5.2).

En l'absence de toute intervention, entre 15 et 45% des enfants nés de mères séropositives au VIH seront infectés (de 5 à 10% pendant la grossesse, de 10 à 20% pendant le travail et l'accouchement et de 5 à 20% au cours de l'allaitement) (3).

Tableau 5.1. Pays comptant le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et pourcentage de l'ensemble des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2007

Rang	Pays	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH	% du total dans les pays à revenu faible ou intermédiaire
1	Afrique du Sud	220 000 [180 000–260 000]	15%
2	Nigéria	190 000 [130 000–240 000]	13%
3	République-Unie de Tanzanie	100 000 [91 000–110 000]	7%
4	Mozambique	97 000 [81 000–120 000]	7%
5	Ouganda	78 000 [68 000–92 000]	5%
6	Kenya	76 000 [66 000–86 000]	5%
7	Zambie	76 000 [68 000–86 000]	5%
8	Malawi	73 000 [64 000–82 000]	5%
9	Ethiopie	66 000 [58 000–74 000]	4%
10	Inde	64 000 [37 000–92 000]	4%
11	Zimbabwe	52 000 [48 000–57 000]	4%
12	République démocratique du Congo	38 000 [33 000–46 000]	3%
13	Cameroun	34 000 [22 000–42 000]	2%
14	Côte d'Ivoire	28 000 [21 000–34 000]	2%
15	Soudan	18 000 [12 000–26 000]	1%
16	Angola	18 000 [13 000–22 000]	1%
17	Tchad	18 000 [10 000–22 000]	1%
18	Ghana	14 000 [12 000–16 000]	1%
19	Swaziland	13 000 [12 000–15 000]	1%
20	Lesotho	13 000 [11 000–14 000]	1%

Tableau 5.2. Pourcentage des décès attribuables au VIH chez les enfants de moins de cinq ans, pays choisis fortement affectés, 2000

Pays	Pourcentage des décès attribuables au VIH chez les enfants de moins de cinq ans, pays choisis fortement affectés
Afrique du Sud	57
Lesotho	56
Botswana	54
Namibie	53
Swaziland	47
Zimbabwe	41

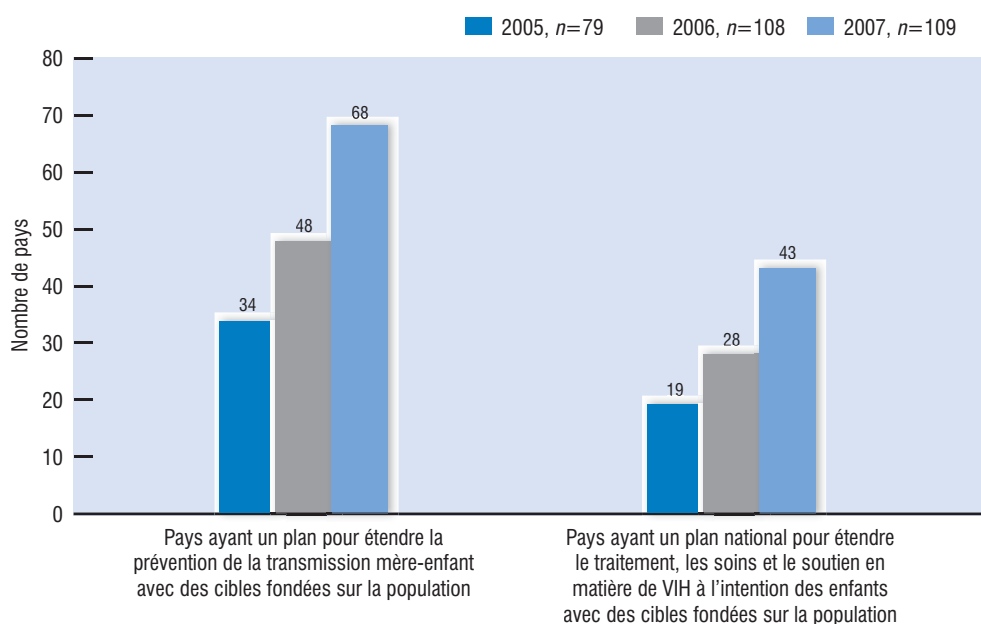
Source : World health statistics 2008 (2).

La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies au cours de sa session extraordinaire sur le VIH/sida en 2001 (4) a fixé comme objectif de diminuer de 50% la proportion de nourrissons infectés par le VIH d'ici à 2010 et de veiller à ce que 80% des femmes enceintes consultant pour des soins prénatals aient accès à des services de prévention de la transmission mère-enfant. Ces dernières années, la communauté internationale et les pays ont intensifié leur engagement politique en faveur de l'expansion des interventions de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et un nombre croissant de pays s'attachent à élargir leurs programmes nationaux.

En 2007, la presque totalité des 20 pays comptant le plus grand nombre de femmes enceintes séropositives

au VIH avaient adopté des plans nationaux pour étendre la prévention de la transmission mère-enfant ainsi que le traitement, les soins et le soutien aux enfants. À l'échelle mondiale, 88 des 109 pays ayant transmis des données (81%) possédaient un plan visant à étendre la prévention de la transmission mère-enfant, dont 68 définissaient des cibles fondées sur la population conformément à l'Appel à l'action d'Abuja (5). Ceci représente une nette augmentation par rapport aux quelque 34 pays qui en 2005 avaient des plans nationaux avec des cibles quantifiées fondées sur la population. Soixante-deux pays (57%), soit deux fois plus qu'en 2005, faisaient également état de plans nationaux visant à étendre le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH à l'intention des enfants (dont 43 comprenaient des cibles quantifiées fondées sur la population) (figure 5.1).

Figure 5.1. Nombre de pays possédant des plans nationaux assortis de cibles quantifiées fondées sur la population pour étendre la prévention de la transmission mère-enfant, et le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH à l'intention des enfants, 2005–2007



n : nombre de pays ayant transmis des données

Les Nations Unies recommandent la mise en œuvre d'une approche stratégique globale de prévention de l'infection à VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants, qui comporte les quatre éléments suivants (encadré 5.1) (6) :

- prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer ;
- prévention des grossesses non désirées chez les femmes qui vivent avec le VIH ;
- prévention de la transmission du VIH des mères vivant avec le VIH à leurs enfants ; et
- mise à disposition d'un traitement, de soins et d'un soutien appropriés aux femmes vivant avec le VIH, à leurs enfants et à leurs familles.

L'élargissement de cet éventail d'interventions rapprochera les pays des objectifs d'un accès universel en évitant de nouvelles infections chez les femmes et les enfants, en offrant aux femmes qui vivent avec le VIH et aux enfants exposés au virus un traitement et des soins, en prolongeant l'existence et en protégeant la qualité de vie des femmes, des enfants et des familles.

Les données régionales et nationales sur l'accès aux services liés au VIH pour les femmes et les enfants présentées dans cette section ont été recueillies à partir des informations transmises par les programmes nationaux de 109 pays¹, représentant 93% des femmes enceintes et 99% du nombre estimé de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'antirétroviraux pour réduire la transmission du virus à leur enfant.

Encadré 5.1. Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons

L'Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons, qui se réunit sous les auspices de l'UNICEF et de l'OMS, regroupe 20 institutions partenaires qui s'emploient à prévenir la transmission mère-enfant du VIH et à offrir des traitements et des soins pédiatriques du VIH. L'Équipe travaille avec ses partenaires pour appliquer les quatre éléments de l'approche stratégique globale et soutient les pays sur la voie de l'accès universel.

L'Équipe a formé cinq groupes de travail dans des domaines qui requièrent une orientation complémentaire et des efforts pour soutenir un élargissement au niveau des pays :

- (1) Soutien aux laboratoires
- (2) Traitement du VIH, soins et soutien aux enfants
- (3) Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- (4) Prévention primaire et santé sexuelle et génésique des personnes vivant avec le VIH
- (5) Surveillance et évaluation.

En 2007, elle a publié un guide pour l'extension à l'échelle mondiale de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (7). Le guide recommande une série d'actions précises pour accélérer la prévention de la transmission mère-enfant qui s'appuient sur les quatre éléments de la stratégie globale et il fournit un cadre pour la constitution de partenariats au sein des gouvernements nationaux, de la société civile et des institutions internationales.

Les stratégies et les actions prioritaires recommandées à l'échelle nationale sont les suivantes :

- les gouvernements doivent prendre la tête des activités, démontrer leur engagement en faveur de l'objectif d'un accès universel à la prévention de la transmission mère-enfant ainsi qu'aux soins et au traitement pédiatriques du VIH, et faire en sorte de rendre compte de leurs activités ;
- délivrance dirigée par les districts d'un ensemble standard de services complets ;
- conseil et dépistage à l'initiative du soignant dans les centres de santé maternelle, néonatale et infantile ;
- prise en charge longitudinale des soins du VIH dans les centres de santé maternelle, néonatale et infantile ;
- accroître l'accès des femmes enceintes, des mères, de leurs enfants et de leurs familles au traitement antirétroviral ;
- consolider le conseil en matière d'alimentation et de nutrition du nourrisson, le conseil et le soutien aux femmes, à leurs enfants et à leurs familles ; et
- rendre opérationnel le lien entre l'offre de services de prévention de la transmission mère-enfant et les services de santé sexuelle et génésique.

¹ Données fournies en réponse au questionnaire 2007 sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et les soins et le traitement pédiatriques du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

5.1 Prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer

Le nombre de femmes vivant avec le VIH dans le monde entier a augmenté de 1,6 million depuis 2001 (1). Il est essentiel de prévenir de nouvelles infections chez les femmes, non seulement pour protéger leur santé, mais également pour réduire le nombre des futures infections chez les nourrissons, tout spécialement en Afrique subsaharienne, où la moitié de la population féminine est en âge de procréer (8).

L'OMS et l'UNICEF recommandent d'incorporer la prévention primaire dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant pour aider les femmes dépistées séronégatives à conserver ce statut tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Ceci est d'autant plus important que la probabilité de transmettre le VIH au nourrisson est plus grande lorsque la séroconversion maternelle est récente.

Les interventions de prévention primaire du VIH comprennent un vaste éventail d'activités assurées au sein des

communautés et des établissements de santé, avec deux approches principales : des activités visant à changer les comportements individuels et des interventions au niveau de la communauté.

Les messages de prévention du VIH destinés à diminuer le risque individuel d'infection peuvent être véhiculés de plusieurs manières, notamment à travers les médias, les campagnes d'information, la sensibilisation de groupes spécifiques et au sein des établissements de santé. On peut mesurer leur efficacité en examinant les tendances du comportement individuel et, en dernière analyse, dans l'incidence du VIH, pour autant qu'il soit possible de mesurer correctement les infections récentes au niveau de la population.

Les données d'enquêtes conduites récemment auprès de la population (9) montrent que, dans la plupart des pays, moins de la moitié des hommes et des femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois ont déclaré avoir eu recours au préservatif au cours de leur plus récent rapport sexuel (tableau 5.3.)

Tableau 5.3. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir eu recours au préservatif au cours de leur plus récent rapport sexuel, pays choisis, 2005–2007

Pays	Année	15–24 ans		25–49 ans	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Colombie	2005	35,5	...	26,5	...
Congo	2005	22,2	36,5	24,1	26,5
Côte d'Ivoire	2005	45,1	61,8	34,8	25,3
Haïti	2005	22,6	50,5	19,4	22,7
Mali	2006	7,9	28,2	8,3	9,1
Namibie	2007	73,7	82,2	55,5	68,8
République démocratique du Congo	2007	8,6	22,3	6,9	12,3
Ukraine	2007	62,7	63,7	39,8	36,8
Zambia	2007	33,1 ^a	43,1	33,1 ^a	22,9

Source : Enquêtes démographiques et sanitaires [site Internet] (9).

... non disponible.

a. Pour le groupe d'âge 15–49 ans.

Dans les pays où des enquêtes de population ont été réalisées à plusieurs reprises (9), les données de tendance suggèrent que, dans la plupart des cas, l'utilisation du préservatif augmente chez les personnes âgées de 15 à 49 ans déclarant avoir eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois. Néanmoins, le recours au préservatif a diminué dans certains pays, notamment parmi les hommes en Côte d'Ivoire et au sein de la population tant masculine que féminine au Kenya (figure 5.2).

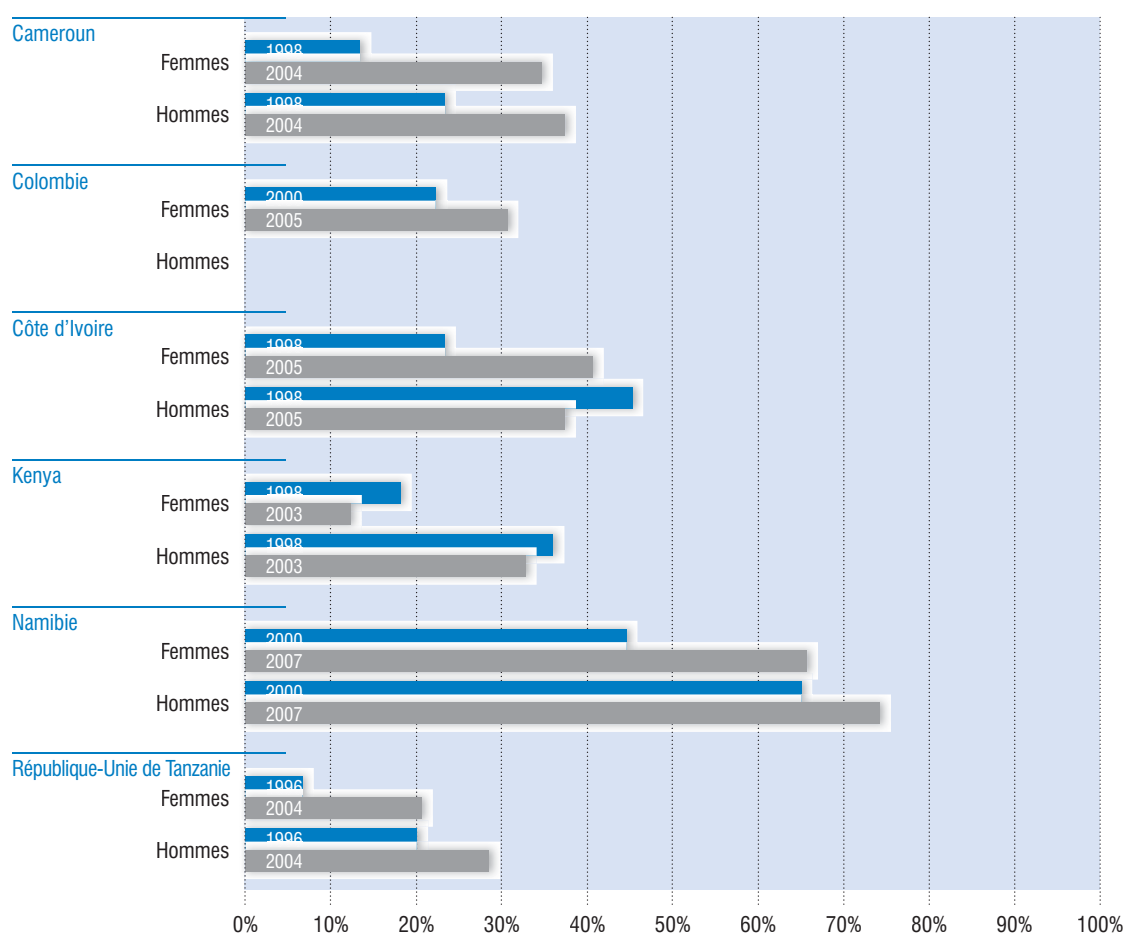
Les établissements de santé sont des sites importants pour l'intégration des interventions prioritaires relatives à la prévention du VIH dans les services de santé sexuelle et génésique à l'intention des femmes et de leurs partenaires sexuels. Les services de soins prénatals, où les interventions de prévention de la transmission mère-enfant font partie

d'un ensemble de services, sont à même de renforcer les messages de la prévention primaire du VIH et d'autres informations sur le VIH, ainsi que des informations de routine sur les soins prénatals et l'accouchement, les infections sexuellement transmissibles et la planification familiale.

En outre, de nombreux programmes mettent de plus en plus l'accent sur le conseil et le dépistage à l'intention des couples, offrant ainsi aux partenaires sexuels des femmes l'occasion de participer davantage aux soins prénatals. De nombreux pays incluent également la promotion et la distribution de préservatifs dans ces ensembles de services essentiels.

Cependant, un certain nombre de barrières sociales et structurelles entravent l'expansion des services de prévention primaire dans le cadre de la prévention de la transmission

Figure 5.2. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir eu recours au préservatif au cours de leur plus récent rapport sexuel, pays choisis où des enquêtes démographiques et sanitaires ont été réalisées à plusieurs reprises, 1998-2007



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires [site Internet] (9).

mère-enfant, notamment le désintérêt général des partenaires masculins et le manque de soignants qualifiés. En situation de ressources limitées, plusieurs programmes surmontent ces obstacles en adoptant des approches telles que la délégation des tâches et le recours à des soignants moins spécialisés, notamment des conseillers communautaires et des personnes vivant avec le VIH. Ce type d'approche contribue à réduire la charge de travail de soignants plus spécialisés tout en favorisant le conseil individuel consécutif au dépistage aussi bien pour les femmes séropositives que pour celles qui sont séronégatives (10).

5.2 Éviter les grossesses non désirées chez les femmes qui vivent avec le VIH

Il est possible d'encourager la prévention des grossesses non désirées auprès des femmes vivant avec le VIH à l'occasion de leur passage dans les services de conseil et de dépistage, de santé génésique, de santé maternelle et infantile, de soins liés au VIH et de traitement antirétroviral. Le fait de donner aux femmes la possibilité de planifier et d'espacer les naissances a une influence bénéfique sur leur santé et peut réduire la mortalité maternelle et accroître la survie de leurs enfants.

On estime qu'environ 80 millions des grossesses non désirées surviennent chaque année dans le monde parce que 120 millions de couples n'ont pas eu accès à une contraception sûre et efficace (11). On définit le besoin non satisfait de contraception et de planification familiale comme la proportion de femmes à risque de grossesse qui souhaitent espacer ou limiter les naissances mais n'utilisent aucune méthode de contraception². C'est l'Afrique subsaharienne qui détient les taux de contraception les plus bas : seulement 22% des femmes en âge de procréer qui sont mariées ou qui vivent en union libre utilisent une méthode quelconque de planification familiale (15% recourent à une méthode moderne) (14)³. Par conséquent, près de 27 millions de femmes en Afrique subsaharienne ont un besoin non satisfait de contraception. La réponse aux besoins de ces femmes, y compris de celles qui vivent avec le VIH, renforcera grandement les efforts visant à réduire le nombre d'infections à VIH chez les nourrissons.

Les données recueillies dans certains établissements de santé confirment l'existence d'un besoin non satisfait de planification familiale chez les femmes vivant avec le VIH. Les études réalisées par Family Health International ont documenté les niveaux de besoin non satisfait qui vont de 9% à 14% chez les patients des services de traitement antirétroviral au Ghana (15). Les études menées en Afrique du Sud, en Côte d'Ivoire et en Ouganda ont fait état de niveaux plus élevés de grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, allant de 51% à 99% (16, 17).

Les femmes séropositives au VIH qui connaissent leur statut ont tout particulièrement besoin de services de santé génésique pour prendre des décisions informées concernant leur vie génésique future, notamment quand rechercher un soutien et des services pour éviter les grossesses non désirées (18). De nombreuses études ont souligné la nécessité de recourir à la fois à la planification familiale et à la prévention du VIH (19). Les préservatifs masculins et féminins sont les seuls moyens contraceptifs qui protègent

Encadré 5.2. Intégrer les services de santé sexuelle et génésique dans les services liés au VIH

Les interventions prioritaires destinées à intégrer les services de santé sexuelle et génésique dans les services relatifs au VIH sont les suivantes :

- promouvoir et distribuer des préservatifs (masculins et féminins) comme moyen de se protéger à la fois contre les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH ;
- assurer ou orienter vers des services de santé sexuelle et génésique offrant aux personnes vivant avec le VIH des conseils sur les choix génésiques, la planification des grossesses, la protection contre une grossesse ou l'interruption d'une grossesse non désirées lorsque le recours à l'avortement est légal ;
- garantir la disponibilité de services de santé maternelle dans le post-partum proposant conseils et méthodes de planification familiale, y compris les préservatifs ; et
- assurer des activités de plaidoyer et d'éducation en matière de santé sexuelle dans les services de soins et de traitement du VIH, les sites de santé génésique et les services pour la jeunesse comme un moyen efficace de changer les comportements à risque, ce qui est susceptible de favoriser la réduction des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles, notamment l'infection à VIH, et d'autres maladies liées à la santé sexuelle et génésique.

2 Par *besoin non satisfait* on entend : « La proportion de femmes à risque de grossesse (fertiles) qui ne veulent plus d'enfants ou qui souhaitent retarder leur prochaine grossesse d'au moins deux années, ou qui ne savent pas si elles veulent un autre enfant ni quand elles le souhaitent, mais qui n'utilisent aucun moyen de contraception, sont enceintes ou aménorrhéiques et dont la grossesse n'a pas été souhaitée ni planifiée, parmi toutes les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) qui sont mariées ou qui vivent en union consensuelle. » (12, 13)

3 La planification familiale et la contraception peuvent s'utiliser de manière interchangeable. Elles comprennent des méthodes cliniques et avec fournitures contraceptives (modernes) et des méthodes sans fournitures contraceptives (traditionnelles). Les méthodes traditionnelles comprennent le rythme, le retrait, l'abstinence et l'aménorrhée liée à l'allaitement. Les méthodes modernes comprennent la stérilisation masculine et féminine, les dispositifs intra-utérins (DIU), les méthodes hormonales (contraceptifs oraux, contraceptifs injectables et implants subdermiques libérant des hormones en continu, patchs dermiques et anneaux vaginaux), les préservatifs et les méthodes de barrière (diaphragmes, cape cervicale et gels spermicides, gelées, crèmes et éponges). La stérilisation chirurgicale n'est généralement considérée comme moyen contraceptif que si l'opération est pratiquée, du moins partiellement, pour éviter des grossesses ultérieures (on peut aussi recourir à la stérilisation uniquement pour des raisons de santé).

aussi bien contre la transmission du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles que contre les grossesses non voulues. La planification familiale est désormais un volet recommandé de la plupart des services de prévention de la transmission mère-enfant. Les programmes de soins prénatals commencent aussi à offrir une information en matière de contraception dans le but de promouvoir son utilisation dans le post-partum (20).

Le fait d'étendre cette intégration fonctionnelle entre services de prévention de la transmission mère-enfant et programmes de santé génésique permettra aux pays de pousser au maximum la prévention du VIH et d'améliorer la santé maternelle et infantile (encadré 5.2).

5.3 Prévenir la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant

Pour réduire la transmission du VIH d'une mère enceinte séropositive à son enfant, il faut recourir à tout un éventail d'interventions incluant le conseil et le dépistage pour les femmes enceintes ; la prophylaxie antirétrovirale pour les femmes enceintes séropositives et leur nouveau-né ; le

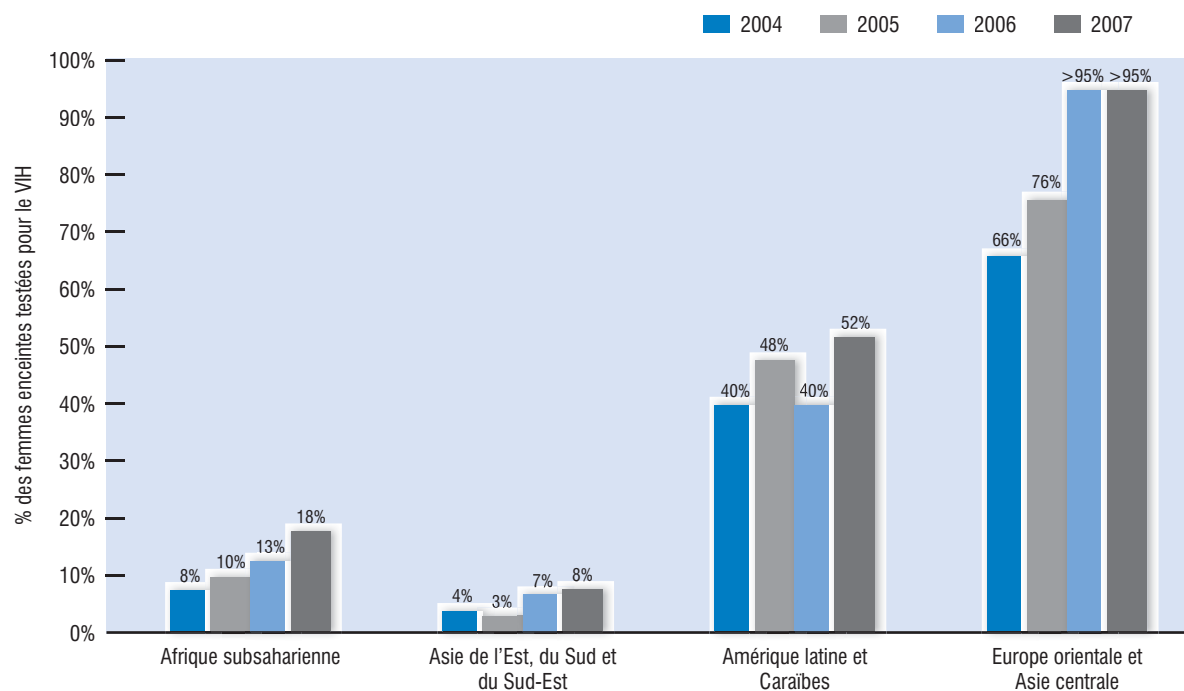
traitement antirétroviral pour la mère si elle a besoin du traitement ; des interventions obstétricales sûres ; et des conseil et un soutien pour des options d'alimentation du nourrisson plus sûres

5.3.1 Conseil et dépistage du VIH

La couverture mondiale du dépistage du VIH chez les femmes enceintes a progressé au cours des dernières années (figure 5.3). On estime que, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 18% des femmes enceintes ont réalisé un test du VIH en 2007 (soit 20,6 millions des 115 millions de femmes enceintes), contre 16% en 2006 et 10% en 2004 et 2005. Les pourcentages sont légèrement plus élevés parmi les femmes qui fréquentent les consultations prénatales au cours de leur grossesse : 21% ont été testées en 2007 contre 13% en 2004.

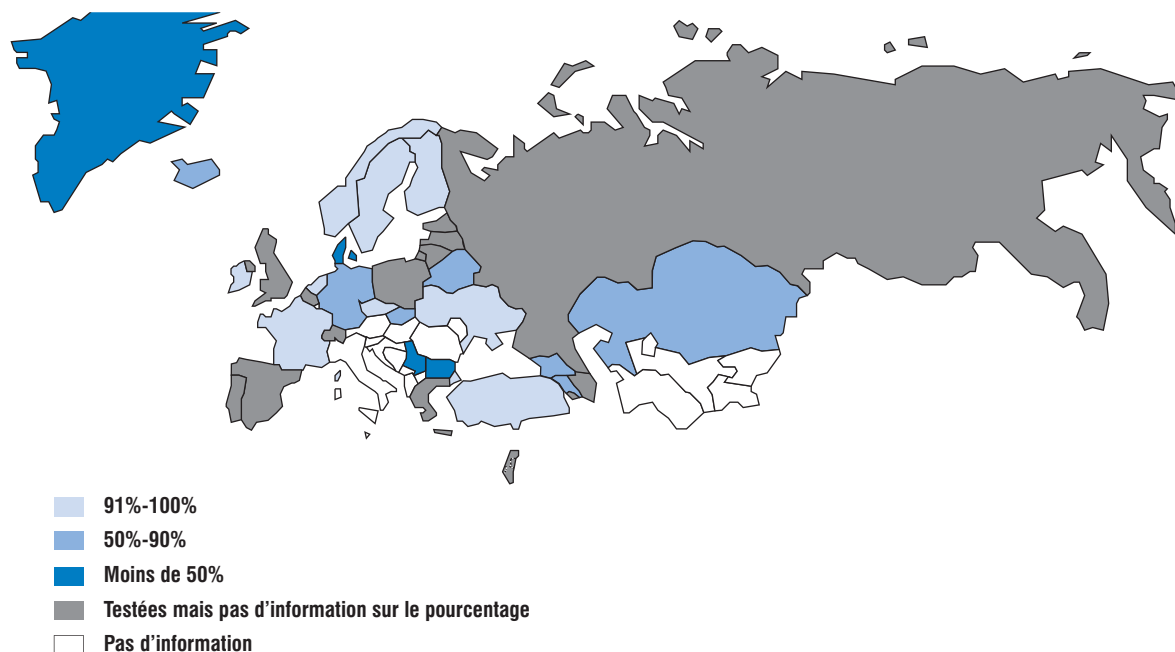
En dépit des progrès réalisés, le niveau global du dépistage demeure médiocre dans toutes les régions, à l'exception de l'Europe et de l'Asie centrale. À l'échelle mondiale, les estimations indiquent que, dans les dix pays comptant le plus

Figure 5.3. Pourcentages de femmes enceintes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire testées pour le VIH, 2004–2007



Données pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord non disponibles.

Figure 5.4. Pourcentage de femmes enceintes testées pour le VIH dans le cadre des soins de routine^a dans la Région OMS de l'Europe, 2006



Source : EuroHIV (22).

a Les termes signifiant « conseil et dépistage à l'initiative du soignant » peuvent varier d'un site à l'autre.

grand nombre de femmes enceintes infectées par le VIH, le taux de dépistage chez les femmes enceintes oscille entre 4% au Nigéria, 64% en Afrique du Sud et 65% en Zambie.

La couverture des soins prénatals est relativement élevée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Cela représente une opportunité pour les prestataires de soins de santé qui peuvent ainsi intégrer les services de conseil et de dépistage systématiques pour les femmes enceintes dans un ensemble complet d'interventions en matière de soins prénatals et obstétricaux. Par exemple, l'Afrique du Sud et la Zambie ont toutes deux des taux de soins prénatals élevés (92% et 93% respectivement) et, par conséquent, une proportion importante de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH (64% et 65% respectivement) par rapport à la moyenne régionale.

L'expérience prouve que, dans les pays à haute prévalence, l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant augmente sensiblement lorsque le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant et le dépistage rapide font partie de l'ensemble standard de soins prénatals et de services obstétricaux, un facteur souvent déterminant des niveaux élevés de dépistage du VIH dans les services de soins prénatals (6,21). En Europe et aux États-Unis, le

conseil et le dépistage à l'initiative du soignant sont tout à fait courants dans les consultations prénatales (figure 5.4).

En 2007, 87 des 109 pays à revenu faible ou intermédiaire ont indiqué que le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant avaient été mis en œuvre dans tous les sites ou dans certains d'entre eux, contre 82 sur 108 pays ayant transmis des données en 2006 et 62 sur 79 pays ayant fourni des données en 2005. Parmi les pays d'Afrique subsaharienne, le Botswana a introduit en 2004 le conseil et le dépistage pour les femmes enceintes à l'initiative du soignant dans le cadre des soins de routine. En l'espace de six mois, le dépistage prénatal du VIH est passé de 75% à 95% (23). Une étude récente réalisée dans le Zimbabwe rural (24) a montré que le dépistage du VIH a pris de l'ampleur, passant de 65% à 99% au cours des six mois qui ont suivi l'adoption d'une politique de conseil et de dépistage à l'initiative du soignant.

En l'absence de conseil et de dépistage à l'initiative du soignant, le dépistage sur place demeure souvent à la traîne, même lorsque les taux de consultations prénatales sont élevés. Ceci est surtout dû au fait que le test n'est pas proposé, mais aussi à plusieurs autres facteurs tels que l'indisponibilité des tests, des services de conseil inadéquats et la crainte de la stigmatisation (25).

5.3.2 Antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant

Une femme enceinte séropositive au VIH doit être examinée pour déterminer si elle a besoin d'un traitement antirétroviral. Lorsque le traitement n'est pas indiqué pour protéger sa propre santé, elle devrait recevoir une prophylaxie à base d'une association d'antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH à son nourrisson (26). La prophylaxie antirétrovirale pour protéger la santé des mères chez qui le traitement antirétroviral n'est pas indiqué et le traitement antirétroviral pour celles qui en ont besoin réduisent tous deux efficacement la transmission verticale du VIH.

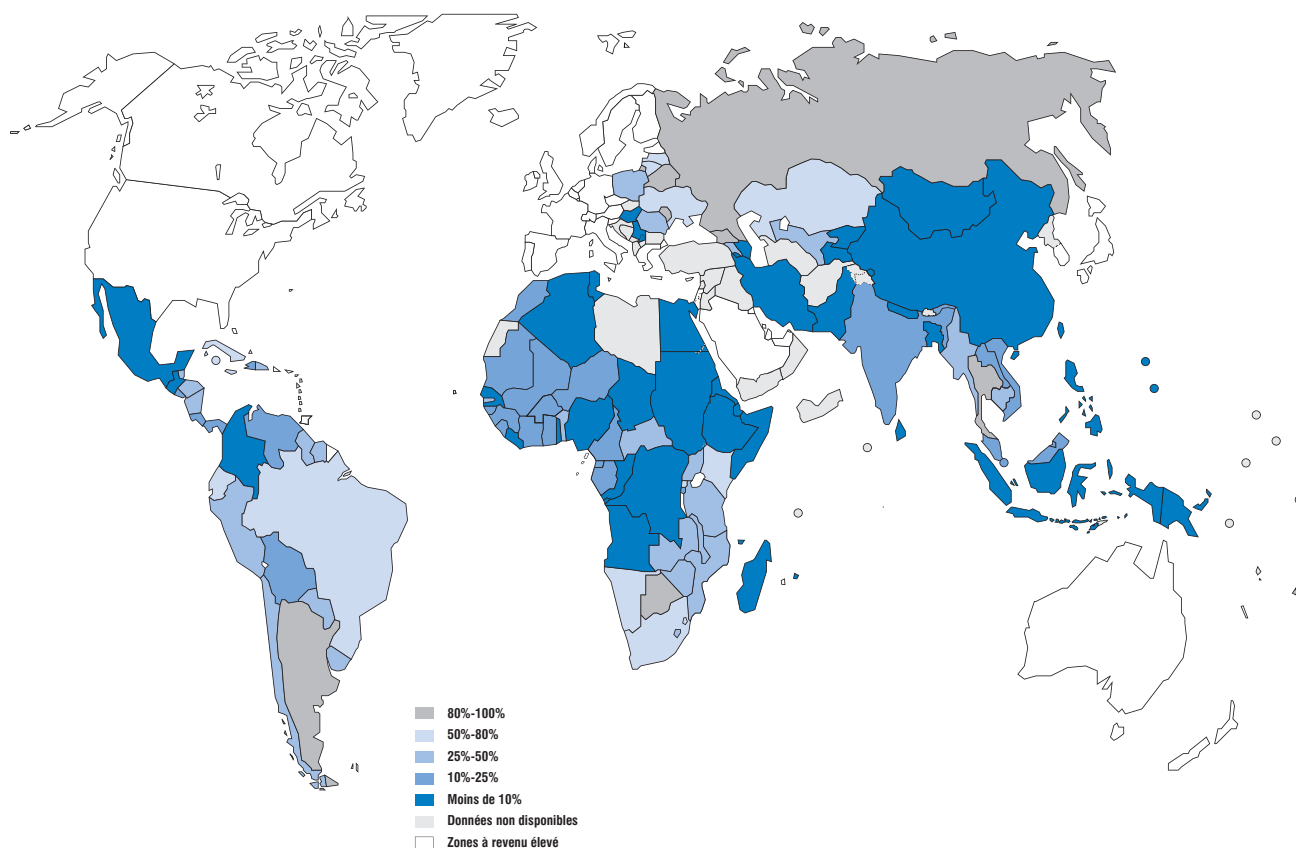
Les nourrissons exposés au VIH ont aussi besoin d'une prophylaxie antirétrovirale aussitôt que possible après leur naissance. C'est avec les associations d'antirétroviraux qu'on obtient les meilleurs résultats et celles-ci sont toujours requises lorsque la mère n'a pas été mise sous prophylaxie antirétrovirale. La recherche se poursuit pour connaître le

rôle que joue la prophylaxie antirétrovirale étendue chez les nourrissons qui continuent à être exposés au VIH par l'allaitement et dans le contexte d'un plus accès élargi au traitement antirétroviral maternel.

Environ 33% des femmes enceintes vivant avec le VIH avaient reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission du virus à leur enfant en 2007 (491 000 sur 1,5 million de femmes enceintes séropositives). Cela représente une augmentation sensible par rapport à 23% en 2006, 15% en 2005 et 10% en 2004 (figure 5.5). Certains pays ont réussi à réduire la transmission de façon spectaculaire en augmentant la couverture des interventions liées à la prévention. On estime que la transmission mère-enfant a reculé de 30,5% en 2001 à 11,4% en 2007 au Cambodge et de 30,5% en 2001 à 8,9% en 2007 au Rwanda⁴.

Le tableau 5.4 contient des estimations recueillies en 2007 sur le nombre de femmes nécessitant des antirétroviraux (prophylaxie antirétrovirale et traitement antirétroviral) pour prévenir la transmission mère-enfant.

Figure 5.5. Couverture des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2007



⁴ Estimations fondées sur les données nationales, les estimations de l'ONUSIDA et l'OMS et les projections obtenues au moyen du logiciel Spectrum.

Tableau 5.4. Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu et avaient besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant et taux de couverture dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, par région, 2007

Région géographique	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, 2007	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, 2007 (fourchette)	Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, 2007 (fourchette) ^a
Afrique subsaharienne	446 000	1 300 000 [1 200 000–1 400 000]	34% [32–37%]
Afrique orientale et australe	403 000	930 000 [860 000–1 000 000]	43% [40–47%]
Afrique centrale et de l'Ouest	43 000	390 000 [320 000–450 000]	11% [10–13%]
Amérique latine et Caraïbes	13 000	36 000 [30 000–45 000]	36% [29–43%]
Amérique latine	11 000	29 000 [23 000–37 000]	38% [30–48%]
Caraïbes	2 300	7 200 [6 100–8 500]	32% [27–38%]
Europe et Asie centrale	10 000	14 000 [11 000–19 000]	71% [53–91%]
Moyen-Orient et Afrique du Nord	<100	19 000 [13 000–27 000]	<1% [<1%]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	22 000	100 000 [72 000–140 000]	22% [16–31%]
Tous les pays à revenu faible ou intermédiaire	491 000	1 500 000 [1 400 000–1 600 000]	33% [31–35%]

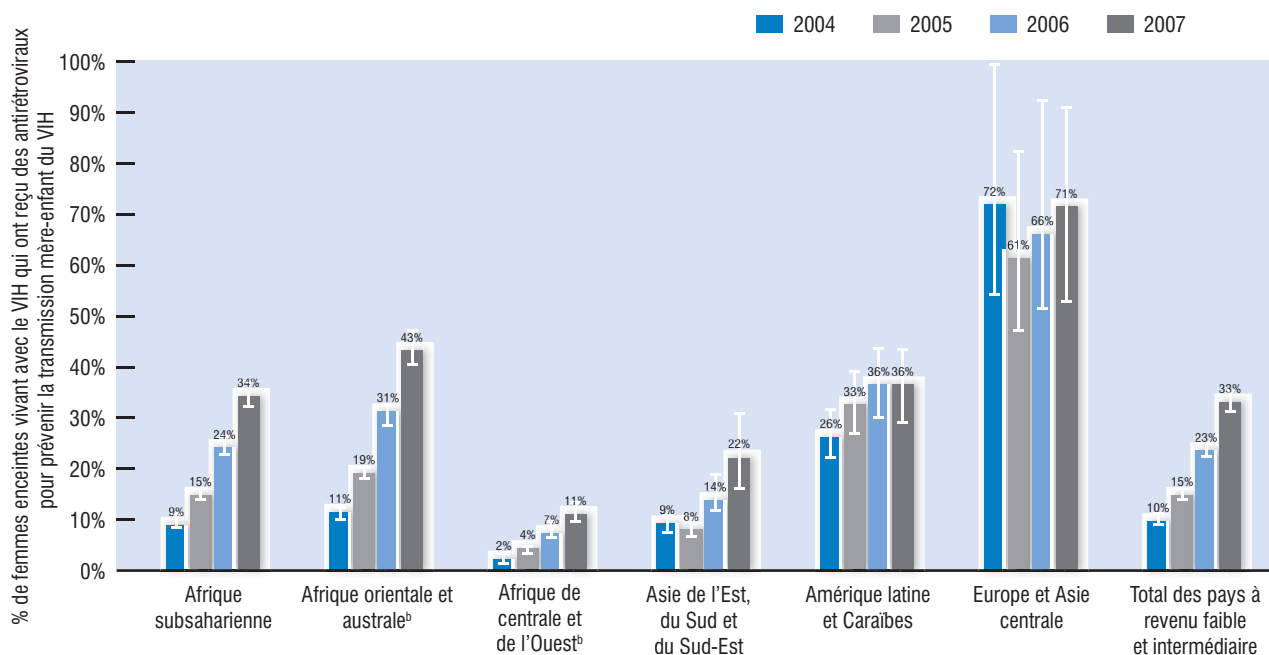
Note : Les chiffres ayant été arrondis, les totaux ne correspondent pas exactement à la somme des chiffres partiels. Pour les méthodes utilisées, voir les notes explicatives de l'annexe 3.

a L'estimation relative au taux de couverture se fonde sur l'estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent et nécessitent des antirétroviraux.

C'est l'Afrique subsaharienne, où vivent près de 90% des femmes enceintes avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, qui a fait les plus grands progrès au cours des trois dernières années. En Afrique centrale et de l'Ouest, le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant a été multiplié par 5,5 entre 2004 et 2007 (figure 5.6).

Cependant, malgré cette augmentation, 11% seulement [fourchette : 10–13%] des femmes enceintes ayant besoin d'antirétroviraux dans cette sous-région y ont eu accès en 2007. La couverture des antirétroviraux en Afrique orientale et australe, où se trouvent 12 des 20 pays comptant le plus grand nombre de femmes enceintes séropositives au VIH, a été multipliée par quatre, atteignant 403 000 femmes en

Figure 5.6. Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2004–2007^a



I La barre indique la marge d'incertitude dans l'estimation.

a Pour les méthodes utilisées, voir les notes explicatives de l'annexe 3.

b Les valeurs pour l'Afrique orientale et australe et pour l'Afrique centrale et de l'Ouest sont comprises dans celles de l'Afrique subsaharienne.

2007 contre 106 700 en 2004 (couverture de 43% [fourchette : 40–47%]).

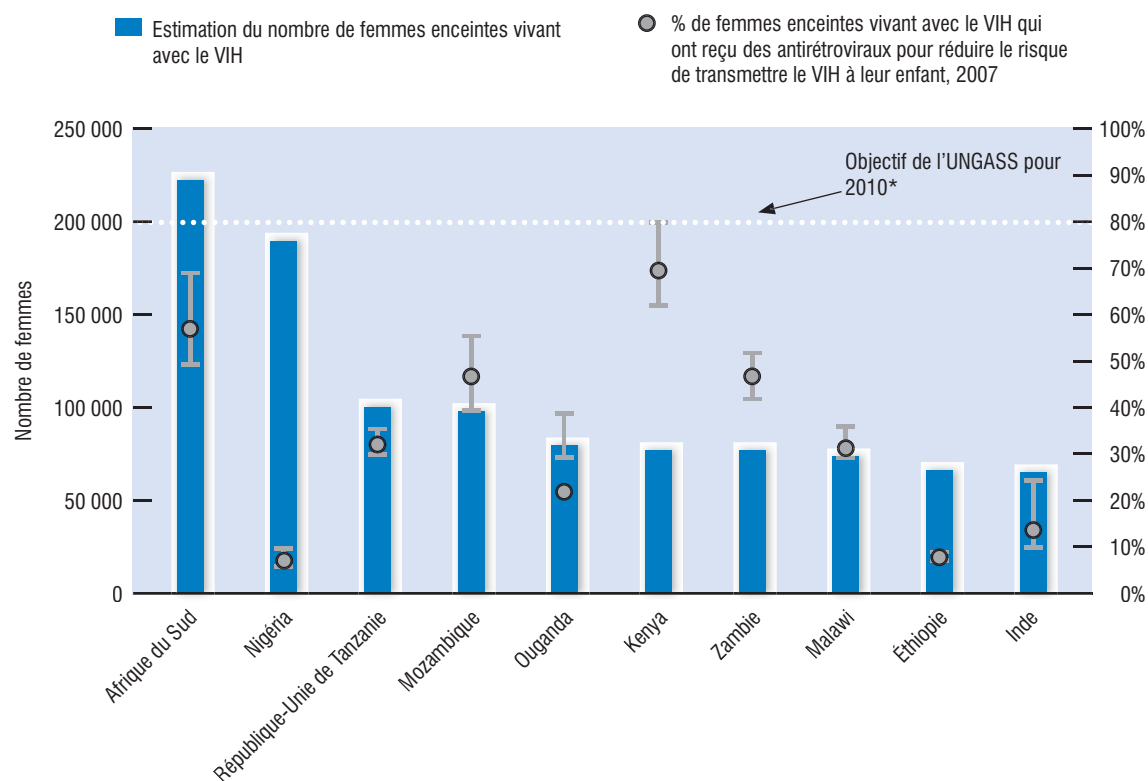
Dans les dix pays où vivent le plus grand nombre de femmes séropositives au VIH la couverture des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant est variable. Ainsi, en Afrique du Sud, où plus de 200 000 femmes enceintes vivaient avec le VIH en 2007, la couverture des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant a augmenté, passant de 15% en 2004 à 57% en 2007 (figure 5.7). Au Mozambique, la couverture a grimpé de 3% à 46% et au Kenya de 25% à 69% pendant la même période.

Entre 2004 et 2007, les niveaux de couverture ont aussi enregistré une augmentation marquée dans d'autres pays comme le Cambodge (de 7% en 2004 à 32% en 2007), la République centrafricaine (de 2% à 34%), le Ghana (de 1% à 21%), le Guyana (de 21% à 43% en 2006), l'Inde (de 5% à 14%) et la Thaïlande (de 48% à 92%).

Cependant, les progrès ont été plus lents dans de grands pays tels que l'Éthiopie, le Nigéria et la République démocratique du Congo, où le niveau de couverture des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH se situait en dessous de 10% en 2007. Des efforts doivent être réalisés de toute urgence pour étendre l'accès aux services dans ces pays afin d'atteindre en 2010 l'objectif adopté lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, à savoir que 80% des femmes enceintes aient accès au traitement antirétroviral afin de réduire la transmission du VIH de la mère à son enfant.

La couverture de la prophylaxie antirétrovirale chez les nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH suit une tendance analogue. Elle est passée de 7% en 2004 à 12% en 2005, à 18% en 2006 et à 20% fin 2007 (figure 5.8). Le fossé grandissant entre la couverture antirétrovirale des mères et celle de leurs nourrissons est un problème auquel il faut s'attaquer (encadré 5.3.).

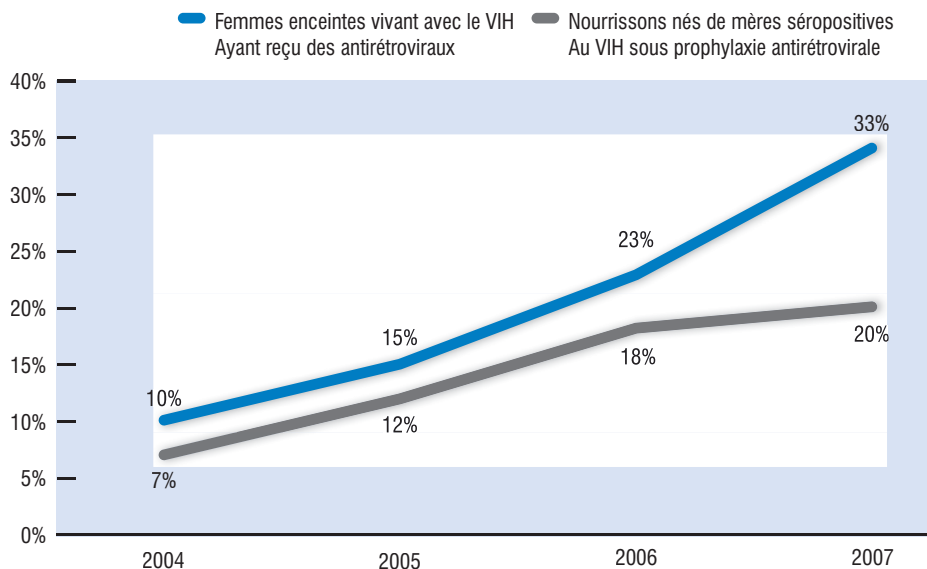
Figure 5.7. Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH dans les dix pays comptant, selon les estimations, le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, 2007



*UNGASS : Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, 2001.

I La barre indique la marge d'incertitude dans l'estimation.

Figure 5.8. Femmes enceintes vivant avec le VIH et nourrissons ayant reçu des antirétroviraux pour réduire la transmission mère-enfant du VIH, 2004–2007



Encadré 5.3. Faire participer les partenaires masculins, les familles et les communautés

La stigmatisation, la violence domestique et le désintérêt des hommes pour les soins prénatals découragent souvent les femmes de se rendre dans les services de prévention de la transmission mère-enfant (28–31). Mobiliser un soutien pour ces femmes auprès de leurs partenaires, de leurs familles et des communautés devrait être un élément clé de tous les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Plusieurs projets pilotes ont fait la preuve que les résultats sont meilleurs lorsque les partenaires masculins acceptent de se prêter au test du VIH et participent au conseil et aux soins dispensés aux femmes (32). Dans un centre de santé à Mwanza (République-Unie de Tanzanie), la participation des partenaires masculins au conseil a été multipliée par dix et le dépistage des hommes a augmenté de 30% en l'espace d'un mois après l'introduction d'une stratégie consistant à envoyer des invitations officielles aux partenaires masculins. Au Cambodge, les femmes qui assistaient à des « cours pour les mères » offrant conseil et dépistage pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant étaient quatre fois plus susceptibles d'accepter le dépistage lorsque leurs partenaires suivaient également les cours (33).

Au Cap Oriental (Afrique du Sud), le programme à assise communautaire « mothers2mothers » (les mères aident les mères) offre aux femmes enceintes et aux jeunes mères vivant avec le VIH une information et un appui psychosocial et émotionnel et les encourage à se rendre dans les services de santé (34). En 2007, dans l'ensemble de l'Afrique du Sud, on comptait plus de 100 sites mothers2mothers. Le programme emploie des jeunes mères qui jouent le rôle de conseillères auprès d'autres femmes séropositives au cours de séances individuelles et de groupe conduites dans les dispensaires de santé prénatale, maternelle, néonatale et infantile. Bien que le programme n'assure pas le dépistage du VIH ou d'autres services de santé, il contribue à une plus grande fréquentation des services en réduisant la stigmatisation, la désinformation et les barrières culturelles.

Une étude récente a montré que les programmes mothers2mothers ont permis d'étendre l'accès des femmes et des nourrissons aux antirétroviraux, d'améliorer l'alimentation des nourrissons, d'augmenter le nombre de femmes se prêtant à un test des CD4 et de favoriser une meilleure utilisation de la planification familiale après la grossesse (35). S'inspirant de ce modèle réussi, neuf autres pays d'Afrique orientale et australe ont mis en place ou planifié des sites pilotes (34).

5.3.3 Schémas thérapeutiques antirétroviraux

L'efficacité des antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant varie en fonction du type de traitement, de l'association thérapeutique et de la durée du traitement. Il a été prouvé que des schémas thérapeutiques simples, de courte durée, réduisent la transmission de la mère à l'enfant, mais l'association thérapeutique (par exemple, la zidovudine associée à une dose unique de névirapine) sur de plus longues périodes est plus efficace (36, 37).

Les directives de l'OMS (26) recommandent le recours à des schémas thérapeutiques prophylactiques antirétroviraux plus efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant. Elles soulignent la nécessité de redoubler d'efforts pour garantir que les femmes pouvant prétendre au traitement antirétroviral aient accès à une thérapie s'appuyant sur des données scientifiques et programmatiques concernant l'efficacité et la sécurité de différents schémas thérapeutiques (26).

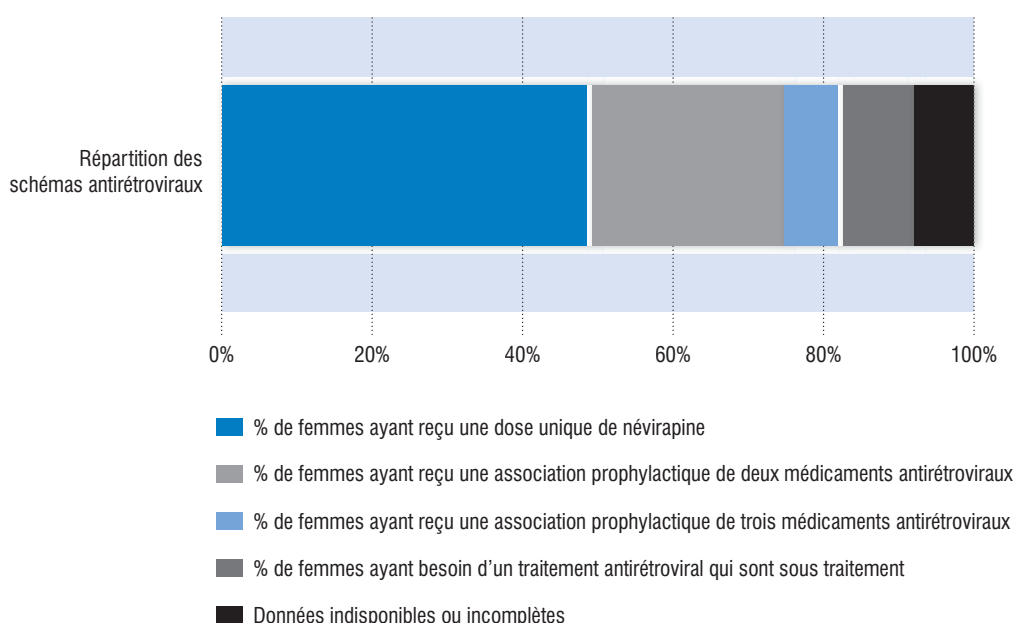
En 2007, 60 pays⁵ ont fourni des données ventilées sur les schémas antirétroviraux utilisés pour prévenir la transmission

mère-enfant du VIH. Ces données révèlent que 49% des femmes (119 400 sur 242 000) avaient reçu une dose unique de névirapine en 2007, 26% (62 000) une association de deux antirétroviraux et 8% (18 800) une association de trois antirétroviraux (figure 5.9).

En Afrique subsaharienne, plus de la moitié des pays ayant transmis des informations (26 pays sur 44) ont présenté des données désagrégées sur le recours aux schémas antirétroviraux en 2007. Dans ces pays, 50% de l'ensemble des femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission du virus à leur enfant ont reçu une dose unique de névirapine, 27% ont reçu une association prophylactique de deux médicaments antirétroviraux, 6% ont reçu une association prophylactique hautement active de trois médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission du virus et 9% ont reçu un traitement antirétroviral pour protéger leur propre santé (il s'agissait de femmes enceintes vivant avec le VIH et pour qui le traitement était indiqué).

En 2006 et 2007, toutes les régions ont fait état d'une diminution du nombre de pays utilisant le schéma

Figure 5.9. Répartition des schémas antirétroviraux administrés aux femmes enceintes vivant avec le VIH dans les 60 pays pour lesquels on dispose de données ventilées, 2007



5 Ces 60 pays comprennent environ 60% (911 500) des 1,5 million de femmes enceintes séropositives au VIH qui, selon les estimations, vivent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La répartition régionale de ces 60 pays est la suivante : Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, 9 pays ; Europe orientale et Asie centrale, 12 pays ; Amérique latine et Caraïbes, 8 pays ; Afrique du Nord et Moyen-Orient, 5 pays ; et Afrique subsaharienne, 26 pays.

thérapeutique le plus courant pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, à savoir une dose unique de névirapine. Un nombre croissant de pays s'orientent vers une politique nationale qui consiste à administrer aux femmes vivant avec le VIH des schémas plus efficaces de prophylaxie antirétrovirale. Cependant, dans de nombreux pays les systèmes de surveillance et d'évaluation ne sont pas encore en mesure de saisir ces données. On ne dispose donc pas actuellement de données mondiales fiables sur la proportion de femmes ayant accès à des schémas plus efficaces.

5.3.4 Alimentation du nourrisson

Le VIH peut se transmettre de la mère à son enfant par l'allaitement. En l'absence d'intervention, l'allaitement maternel comporte un risque additionnel de transmission du VIH oscillant entre 5 et 20%, essentiellement en fonction du statut sérologique de la mère (mesuré par la charge virale et la numération des CD4), de la durée et de la modalité de l'allaitement et de la présence de mastites et d'abcès dans les seins.

Cependant, le fait de ne pas allaiter comporte des risques de santé importants pour le nourrisson, notamment les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires, la malnutrition et une plus grande mortalité, surtout si l'accès à l'eau potable n'est pas assuré.

En 2006, une consultation technique sur le VIH et l'alimentation du nourrisson, organisée par les institutions des Nations Unies, a examiné les nouvelles données scientifiques et programmatiques dans ce domaine (37). L'OMS et l'UNICEF ont aussi mis au point un ensemble de conseils et d'outils en collaboration avec leurs partenaires (38) afin d'aider les pays à concevoir et à mettre en œuvre des politiques et des directives sur l'alimentation du nourrisson lorsque la mère est séropositive au VIH (encadré 5.4). De telles politiques existent actuellement dans de nombreux pays.

Une étude récente réalisée en Côte d'Ivoire, où la prophylaxie antirétrovirale et l'alimentation de substitution ont été offertes

gratuitement aux femmes enceintes vivant avec le VIH (39), corrobore le bien-fondé de ces recommandations. Dans cette étude et dans des situations semblables, le risque combiné d'infection par le VIH et de décès avant 18 mois était semblable chez les nourrissons allaités pendant trois à six mois et les nourrissons recevant une alimentation de substitution depuis la naissance (40). Il a aussi été prouvé que l'allaitement maternel présente un risque de transmission du VIH inférieur à l'alimentation mixte (allaitement plus administration d'autres liquides et aliments pendant les six premiers mois après la naissance) (41). Une étude récente portant sur une épidémie de diarrhée survenue chez des nourrissons au Botswana a aussi fait état de taux de mortalité sensiblement plus élevés chez ceux qui n'avaient pas été allaités que parmi ceux qui l'avaient été, indépendamment du statut sérologique (42).

Étant donné que de nombreuses mères séropositives ne connaissent pas leur statut sérologique, la promotion de l'allaitement exclusif auprès de la population générale permettra probablement de réduire les niveaux de transmission du VIH chez les femmes séropositives ignorant leur séropositivité (43). Les taux d'allaitement exclusif des nourrissons de moins de six mois ont connu une lente progression à l'échelle mondiale, augmentant de 5-6 points de pourcentage au cours des 15 dernières années pour atteindre 39% en 2005 (44). Certains pays, dont le Cambodge, ont réussi à faire grimper ces taux de 11% en 2000 à environ 60% en 2005 (45).

Hormis les travaux de recherche, seul un petit nombre de pays transmet systématiquement des données sur les pratiques d'alimentation des nourrissons chez les femmes séropositives au VIH. Des efforts sont en cours pour développer un indicateur uniforme qui permette de surveiller ces pratiques chez les nourrissons nés de mères vivant avec le VIH. Au Botswana, où le programme national distribue gratuitement à toutes les femmes séropositives des aliments de substitution, 97% des femmes enceintes séropositives ont déclaré avoir choisi cette option (46). La proportion est inférieure lorsque les aliments de substitution ne sont pas gratuits ou lorsque les conseillers ont la possibilité d'expliquer

Encadré 5.4. Recommandations sur le VIH et l'alimentation des nourrissons

Les recommandations clés sur le VIH et l'alimentation des nourrissons sont les suivantes :

- Le meilleur choix d'une mère infectée par le VIH pour l'alimentation de son nourrisson dépend de sa situation personnelle, notamment son état de santé, et des circonstances locales. Ce choix devrait toutefois prendre en compte la disponibilité de services de santé et du conseil et de l'appui que la mère est susceptible de recevoir.
- L'allaitement au sein exclusif durant les six premiers mois est recommandé pour les nourrissons de mères infectées par le VIH, à moins que pendant cette période, l'alimentation de substitution ne soit acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable pour la mère et son enfant.
- Lorsque l'alimentation de substitution est acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, il est recommandé aux mères infectées par le VIH d'éviter tout allaitement au sein.

pleinement aux mères les avantages et les risques des différentes options alimentaires pour leurs nourrissons et de les aider à prendre la décision qui s'adapte le mieux à leur situation. En Afrique du Sud, où une étude avait mis à la disposition des femmes des conseils hautement qualifiés en matière d'alimentation des nourrissons, 9% des femmes vivant avec le VIH avaient choisi d'entrée de jeu l'alimentation de substitution (47).

Par ailleurs, des données de plus en plus nombreuses indiquent que l'administration d'un traitement antirétroviral aux femmes séropositives peut réduire le risque de transmission du virus à l'enfant par l'allaitement. Les avantages de cette approche pour les femmes séropositives nécessitant un traitement antirétroviral pour protéger leur propre santé sont évidents. Cependant, de nouvelles données sont attendues sur l'utilisation de cette stratégie par des femmes allaitantes chez qui le traitement n'est pas encore indiqué, par exemple, des données sur le moment où elles peuvent arrêter le traitement antirétroviral sans danger pour leur santé et pour celle de leur enfant.

Outre les choix en matière d'alimentation du nourrisson pendant les six premiers mois de la vie, les pays se doivent de soutenir les mères pour qu'elles assurent une alimentation optimale à leurs enfants au-delà des six premiers mois, lorsque l'allaitement exclusif ou l'alimentation de substitution à eux seuls ne suffisent plus. Plusieurs pays testent des approches pilotes pour enfants non allaités de femmes vivant avec le VIH, notamment en leur fournissant des aliments enrichis. L'OMS a mis au point des principes directeurs pour l'alimentation des enfants âgés de 6 à 24 mois afin de guider les pays dans l'adoption de leurs propres politiques en la matière (48).

5.4 Traitement, soins et soutien des femmes vivant avec le VIH et de leurs enfants

Le quatrième élément de la stratégie de prévention de la transmission mère-enfant consiste à fournir un traitement, des soins et un soutien aux mères qui vivent avec le VIH, à leurs enfants et à leurs familles. Récemment encore, les programmes de prévention de la transmission mère-enfant mettaient l'accent sur l'élargissement de l'accès aux antirétroviraux pour prévenir la transmission. Ils se souciaient moins de l'accès des femmes qui en avaient besoin au traitement antirétroviral et de ce que les enfants nés de mères séropositives au VIH bénéficient des interventions appropriées, notamment le diagnostic précoce, la thérapie préventive au cotrimoxazole et le traitement antirétroviral. L'expansion rapide de la disponibilité des soins et du traitement du VIH exige de renforcer les liens entre les services de prévention de la transmission mère-enfant et les services offrant soins et traitement.

5.4.1 Étendre l'accès des femmes enceintes au traitement antirétroviral

Il est essentiel que les femmes enceintes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral le reçoivent si l'on veut réduire la transmission mère-enfant ainsi que la morbidité et la mortalité chez les femmes. Cependant, cette opportunité échappe à de nombreuses femmes enceintes vivant avec le VIH parce que les soignants ne sont pas en mesure d'évaluer de manière adéquate le besoin de traitement antirétroviral ou faute d'accès à ces services.

Les données transmises par les gouvernements nationaux indiquent qu'en 2007, 12% seulement des femmes enceintes testées séropositives au VIH lors des consultations prénatales ont été examinées pour déterminer si elles avaient besoin d'un traitement antirétroviral, soit en examinant leurs symptômes cliniques ou selon les paramètres immunologiques de la numération des CD4.

Si l'on s'en remet uniquement aux signes et symptômes cliniques, certaines femmes atteintes d'immunosuppression sévère mais sans maladie apparente (stades cliniques 3 ou 4 de l'OMS) risquent de ne pas être retenues pour un traitement antirétroviral. La numération des CD4 devrait être plus largement accessible pour les femmes et faire partie des soins prénatals, obstétricaux et post-partum. Pour ce faire, il conviendrait d'augmenter la disponibilité d'équipement au niveau de district et de veiller à ce que les femmes enceintes soient comprises dans la surveillance des CD4 (tableau 5.5).

Tableau 5.5. Disponibilité de la numération des CD4, pays choisis, 2007

Pays	% d'établissements de santé où les services de soins prénatals proposent le test des CD4 sur place ou possèdent des systèmes de prélèvement et de transport
Botswana	100
Haïti	55
Lesotho	10
Malawi	66
Papouasie-Nouvelle-Guinée	12
République centrafricaine	2
Swaziland	31
Zambie	18
Zimbabwe	5

Les données fournies par certains pays confirment que si, dans l'ensemble, l'accès au traitement antirétroviral des femmes est supérieur ou égal à celui des hommes, l'accès au traitement antirétroviral des femmes enceintes séropositives dans le but de protéger leur propre santé demeure médiocre. Au Malawi, sur les 9150 femmes qui avaient commencé un traitement

antirétroviral au dernier trimestre de 2007 dans le secteur public, seulement 343 (4%) avaient été orientées par le programme de prévention de la transmission mère-enfant (49).

Garantir aux femmes enceintes l'accès au traitement antirétroviral contribue également à la survie de leur enfant. Une étude récente réalisée en Ouganda a constaté une réduction de 81% de la mortalité des enfants non infectés sur une période de 31 mois lorsque leurs parents séropositifs suivaient un traitement antirétroviral et une thérapie préventive au cotrimoxazole (50).

Il s'ensuit que le dépistage du VIH ne constitue pas seulement pour les femmes un point d'entrée pour d'autres interventions relatives à la prévention de la transmission mère-enfant, il facilite également la participation des femmes, de leurs familles et de leurs futurs enfants à la prévention du VIH, aux soins et au traitement. Les services liés au VIH doivent être reliés aux services de santé maternelle, néonatale et infantile pour garantir aux femmes testées séropositives au VIH et nécessitant un traitement des interventions opportunes pour renforcer le plus possible leur santé et réduire la transmission du virus à leurs enfants et à leurs partenaires.

5.4.2 Diagnostiquer le VIH chez le nourrisson

En l'absence de soins et de traitement, près d'un enfant infecté par le VIH sur trois mourra au cours de la première année et presque un enfant sur deux au cours de la deuxième année. Le diagnostic précoce chez les nourrissons exposés au VIH et un suivi approprié sont essentiels pour identifier de façon efficace ceux qui sont séropositifs et démarrer rapidement soins et traitement.

Cependant, le test standard d'anticorps du VIH ne permet pas de diagnostiquer les enfants infectés pendant la première année de vie du fait que ce test détecte également les anticorps maternels du VIH qui sont transmis au nourrisson pendant la grossesse (et qui diminuent progressivement pendant la première année de vie). Des tests plus poussés de dépistage du VIH, aussi appelés tests virologiques, sont requis pour le diagnostic des jeunes enfants. Étant donné que chez les nourrissons séropositifs, l'infection progresse souvent vers une maladie grave ou la mort sans présenter de symptômes ou sans signes avant-coureurs, il convient de recommander le dépistage pour tous les enfants exposés au VIH afin de détecter l'infection à VIH.

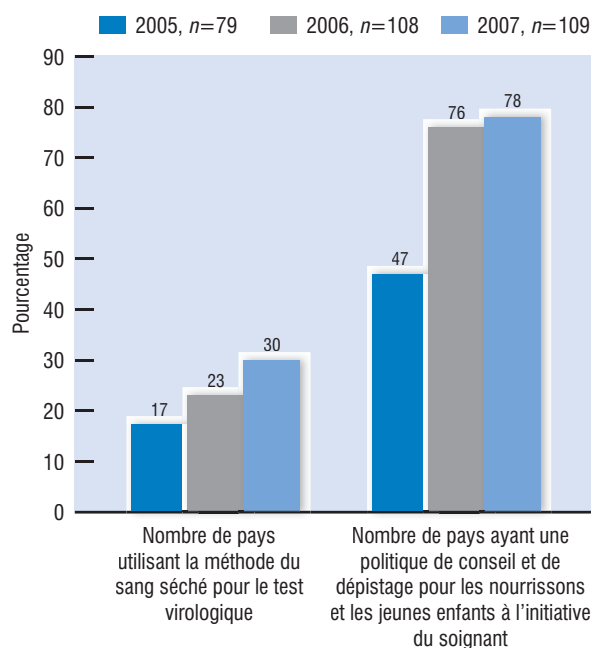
Même si le test virologique n'est pas possible, les nourrissons doivent être surveillés de près. On utilisera des algorithmes cliniques et des tests d'anticorps du VIH et de numération des CD4 pour détecter le plus tôt possible ceux qui sont infectés (51). Les tests d'anticorps du VIH peuvent être utilisés pour dépister les enfants exposés au virus et, combinés avec un suivi étroit, ils peuvent servir à identifier rapidement ceux qui sont séropositifs et à les orienter vers les services qui évalueront le besoin éventuel d'un traitement antirétroviral.

En 2007, 77 pays (soit 71% des pays à revenu faible ou intermédiaire ayant transmis des données) ont présenté des données sur le dépistage précoce des nourrissons et des jeunes enfants. Sur les 715 000 enfants nés de mères séropositives au VIH en 2007 dans ces pays, 8% (54 900) seulement avaient été testés au cours des deux premiers mois suivant la naissance.

Le test virologique détecte l'ADN ou l'ARN du VIH. Le test de l'ADN du VIH (et le test des anticorps du VIH) peut être réalisé de façon fiable avec un échantillon déposé sur papier buvard (taches de sang séché) que l'on expédiera dans un laboratoire ayant la capacité d'effectuer le test. L'utilisation de taches de sang séché ne requiert que quelques gouttes du sang du nourrisson. Une fois prélevés, les échantillons peuvent être facilement entreposés et transmis pour analyse aux laboratoires centralisés sans qu'il soit nécessaire de recourir à la chaîne du froid. L'utilisation de la méthode des taches de sang séché permet de collecter les échantillons dans des endroits reculés et d'améliorer l'accès au test virologique de pays ne disposant que d'un nombre limité de laboratoires spécialisés.

L'accès au test virologique a connu une augmentation marquée du fait d'une plus grande utilisation de la méthode des taches de sang séché. Le nombre de pays disposant de services de test virologique est passé de 42 en 2005 à 77 en 2007, parmi lesquels 31 pays d'Afrique subsaharienne (figure 5.10).

Figure 5.10. Nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire disposant du test virologique et ayant adopté des politiques pour le conseil et le dépistage des nourrissons et des jeunes enfants à l'initiative du soignant, 2005–2007



n : nombre de pays ayant transmis des données

Même lorsque le test virologique avec la méthode du sang séché est disponible, le transport et la logistique peuvent encore faire obstacle à la réception des résultats en temps voulu. Il arrive aussi que les résultats parviennent au centre de santé, mais que les nourrissons ne soient pas transférés en temps voulu vers les services cliniques de prise en charge du VIH.

Les dispensaires de santé maternelle, néonatale et infantile, où les enfants reçoivent souvent leur première série de vaccinations, sont importants pour le dépistage des nourrissons et des jeunes enfants dont on sait qu'ils sont exposés au VIH. Plusieurs pays, dont le Cameroun, le Malawi, la République-Unie de Tanzanie, le Rwanda, le Swaziland, et le Zimbabwe (encadré 5.5), ont commencé à documenter le statut sérologique de la mère sur la fiche de santé de la mère et/ou du nourrisson pour faciliter le dépistage des enfants exposés au VIH, poser un diagnostic et fournir un suivi approprié.

Encadré 5.5. Le Zimbabwe documente le statut sérologique de la mère sur la fiche de santé de son enfant

Au Zimbabwe, le statut sérologique de la mère est documenté sur la fiche de santé de son enfant pour qu'à la visite de la sixième semaine, l'agent de santé puisse fournir à l'enfant les soins voulus, notamment un test virologique pour déterminer si le nourrisson a été infecté par le VIH et, le cas échéant, s'il a besoin d'être orienté vers les services de traitement.

MINISTRY OF HEALTH
CHILD HEALTH CARD
ZIMBABWE

INFANT FEEDING

Follow-up time	6M	9M	12M	15M	18M	24M
Infant feeding code						

INFANT FEEDING CODES:
1. Exclusive Breast Feeding
2. Exclusive Heat Treated Breast Milk
3. Exclusive Commercial Infant Formula
4. Exclusive Modified Animal Milk
5. Mixed Feeding
6. Other Specify

CARE

Follow-up time	6W	2M	3M	4M	5M
Cotrimoxazole (supplied)					

Parent/Caregiver pre-test counselled for child test (Circle Yes or No) ☐ YES ☐ NO

Child tested date:

Test Number: Test Used (Specify)

Date Parent/Caregiver post-test counselled for child's result:

Child's sample result (Circle) ☐ 0 ☐ 1

Continue Cotrimoxazole? (Circle Yes or No) ☐ YES ☐ NO

If yes refer to treatment card.

CARE COMMENTS:

NAME OF CHILD: _____
SURNAME OF CHILD: _____
SEX: ☐ M ☐ F DATE OF BIRTH:
NAME OF MOTHER: _____
PHYSICAL ADDRESS: _____
PLACE OF BIRTH: _____
HEALTH CENTRE: _____

Dans la plupart des cas, cependant, les programmes de soins et de traitement sont initiés plus tardivement, une fois que l'infection à VIH a été confirmée dans les établissements de soins aigus et chroniques, alors qu'elle aurait dû l'être par

les services de prévention de la transmission mère-enfant. Les nourrissons exposés au VIH doivent bénéficier d'une meilleure prise en charge dans le cadre de l'ensemble de services de prévention de la transmission de la mère-enfant afin d'identifier ceux qui sont séropositifs.

Dans des pays comme le Malawi et la Zambie, le conseil et le dépistage d'enfants malades à l'initiative du soignant ont aidé à diagnostiquer un plus grand nombre de nourrissons et de jeunes enfants infectés par le VIH. L'OMS et l'UNICEF travaillent avec leurs partenaires pour préparer des recommandations opérationnelles sur le conseil et le dépistage des enfants à l'initiative du soignant.

5.4.3 Prophylaxie au cotrimoxazole

Le cotrimoxazole est un antibiotique hautement efficace, bon marché, d'un bon rapport coût-efficacité et largement disponible qui a fait la preuve de sa capacité à réduire sensiblement la morbidité et la mortalité chez les nourrissons et les jeunes enfants séropositifs ou qui sont exposés au VIH. La prescription de cotrimoxazole a représenté la norme de soins pour la prévention et le traitement de la pneumonie à *Pneumocystis jirovecii* depuis le début des années 90 (52). En 2006, l'OMS a publié des directives sur l'utilisation du cotrimoxazole pour la prophylaxie des infections liées au VIH chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte (53) et a recommandé que tous les nourrissons exposés au VIH soient mis sous prophylaxie au cotrimoxazole aussi longtemps qu'ils sont exposés au VIH par le lait maternel et qu'un test négatif n'exclut pas l'infection par le VIH. Étant donné que la plupart des infections à *pneumocystitis* surviennent chez les nourrissons de moins de six mois (54), il est essentiel que la prophylaxie démarre en temps voulu.

L'insuffisance des données relatives à la prophylaxie au cotrimoxazole permet de penser que même lorsqu'elle fait partie des politiques et des recommandations nationales, sa mise en œuvre est lente. En 2007, moins de 58 000 nourrissons (4%) sur 1,5 million d'enfants nés de mères séropositives avaient commencé le traitement à l'âge de deux mois. Les raisons de cette faible couverture sont dues au manque d'orientations nationales sur la prophylaxie au cotrimoxazole dispensée aux prestataires de soins de santé, au manque d'occasions de documenter son administration dans les registres ou les fiches de santé des enfants, à un approvisionnement irrégulier et à la fréquente pénurie des stocks.

Il est essentiel d'étendre la prophylaxie au cotrimoxazole aux nourrissons et aux jeunes enfants, car cette mesure simple et peu onéreuse constitue l'un des moyens les plus puissants de réduire la morbidité et la mortalité dues au VIH chez les enfants.

5.4.4 Traitement antirétroviral chez l'enfant

L'infection à VIH que les enfants contractent in utero ou vers le moment de l'accouchement progresse très rapidement. Par ailleurs, une étude récente indique que le traitement précoce d'enfants séropositifs asymptomatiques réduit sensiblement les taux de mortalité (55). Chez les enfants qui vivent avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les résultats du traitement sont comparables à ceux des adultes, avec des schémas similaires de survie améliorée associée au démarrage du traitement antirétroviral dès les premiers stades de la maladie (56). Les études confirment aussi que la réponse des enfants au traitement est satisfaisante, qu'ils vivent dans des pays à revenu élevé, intermédiaire ou faible.

Les progrès substantiels réalisés au cours des deux dernières années pour étendre le traitement antirétroviral aux enfants sont dus à divers facteurs (encadré 5.6) : l'intégration des soins et du traitement des enfants aux sites de traitement antirétroviral pour adultes et aux services de santé maternelle, néonatale et infantile ; la baisse du coût des formules antirétrovirales pédiatriques ; l'approbation et la présélection d'associations antirétrovirales à dose fixe à l'intention des enfants par la Food and Drug Administration des États-Unis et le Programme de présélection de l'OMS ; et un plaidoyer plus énergique en faveur de l'accès aux soins et au traitement pédiatriques.

Encadré 5.6. Recommandations révisées sur la mise en route du traitement antirétroviral chez les enfants

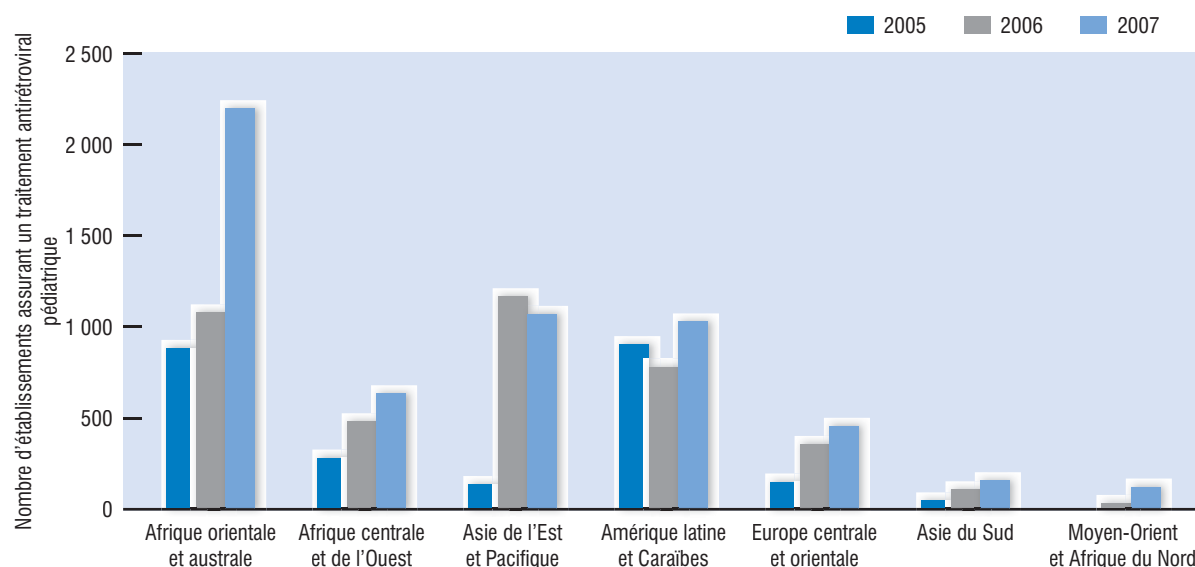
Des études récentes en situation de ressources limitées confirment que la progression de la maladie et la mortalité des enfants contractant l'infection à VIH pendant ou autour de l'accouchement se produisent très rapidement dans les premiers mois de la vie. Plus de 80% des enfants survivants développent les critères conseillant de démarrer un traitement antirétroviral dans les six premiers mois de vie (55,57). Un essai clinique randomisé mené en Afrique du Sud a observé une réduction de 75% de la mortalité parmi les nourrissons placés sous traitement antirétroviral aussitôt le diagnostic posé par rapport aux nourrissons commençant le traitement sur la base de critères immunologiques ou cliniques. D'autres recherches et données d'observation suggèrent également que le fait de fournir un traitement antirétroviral tôt dans la vie évite le décès et la progression de la maladie.

Par le passé, les recommandations relatives au démarrage du traitement antirétroviral chez les enfants s'appuyaient sur l'évaluation immunologique et clinique antérieure au traitement, et le traitement n'était recommandé que pour les enfants les plus gravement atteints. En avril 2008, l'OMS a organisé une réunion pour examiner les directives, analyser les nouvelles données et envisager la révision des recommandations existantes. Les experts ont demandé que de nouveaux critères soient développés en faveur d'une mise en route du traitement antirétroviral chez les enfants. L'OMS recommande donc actuellement que tous les nourrissons de moins d'un an diagnostiqués séropositifs au VIH suivent un traitement antirétroviral, indépendamment de leur stade clinique ou immunologique.

Les recommandations révisées auront des répercussions sur les programmes nationaux de VIH et sur l'estimation de l'infection à VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants. Une réunion spéciale du Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections se tiendra en juillet 2008 pour examiner les méthodes et les postulats qui étayent l'estimation de la charge du VIH chez les enfants en vue d'élaborer de meilleures estimations sur le nombre des nourrissons et des jeunes enfants ayant besoin du traitement antirétroviral.

Le présent rapport contient des données sur le nombre d'enfants sous traitement antirétroviral. Des estimations mises à jour sur le besoin de traitement antirétroviral des enfants séropositifs seront utilisées dans le prochain rapport pour évaluer la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants.

Figure 5.11. Nombre d'établissements de santé assurant un traitement antirétroviral pédiatrique, 2005-2007



Entre 2005 et 2007, le nombre d'établissements de santé assurant un traitement antirétroviral pédiatrique a plus que doublé, passant de 2400 à 5660 (figure 5.11), une progression qui est particulièrement significative en Afrique orientale et australe. Des diagnostics et des dépistages précoces plus nombreux et une prise en charge simplifiée des soins pédiatriques ont contribué à l'expansion du nombre d'établissements proposant un traitement antirétroviral aux enfants.

En décembre 2007, environ 198 000 enfants recevaient un traitement antirétroviral dans le monde, contre 127 300 en 2006 et 75 000 en 2005. Autrement dit, le nombre d'enfants sous traitement a été multiplié par 1,7 entre 2006 et 2007 et par 2,6 entre 2005 et 2007 (figure 5.12).

La grande majorité des enfants séropositifs au VIH vivent dans dix pays, lesquels abritent également plus de 60% des femmes enceintes infectées par le virus. La mise sous traitement antirétroviral des enfants a augmenté dans l'ensemble de ces dix pays entre 2005 et 2007 (figure 5.13). Le nombre d'enfants suivant un traitement antirétroviral a été multiplié par 2,6 en Afrique du Sud, par 3 au Kenya, presque par 4 au Mozambique et presque par 5 au Zimbabwe.

Figure 5.12. Nombre d'enfants sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2005-2007

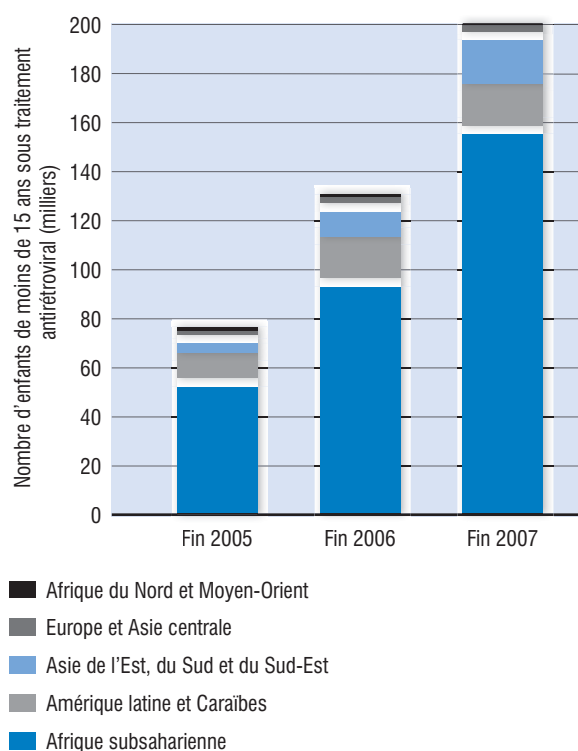
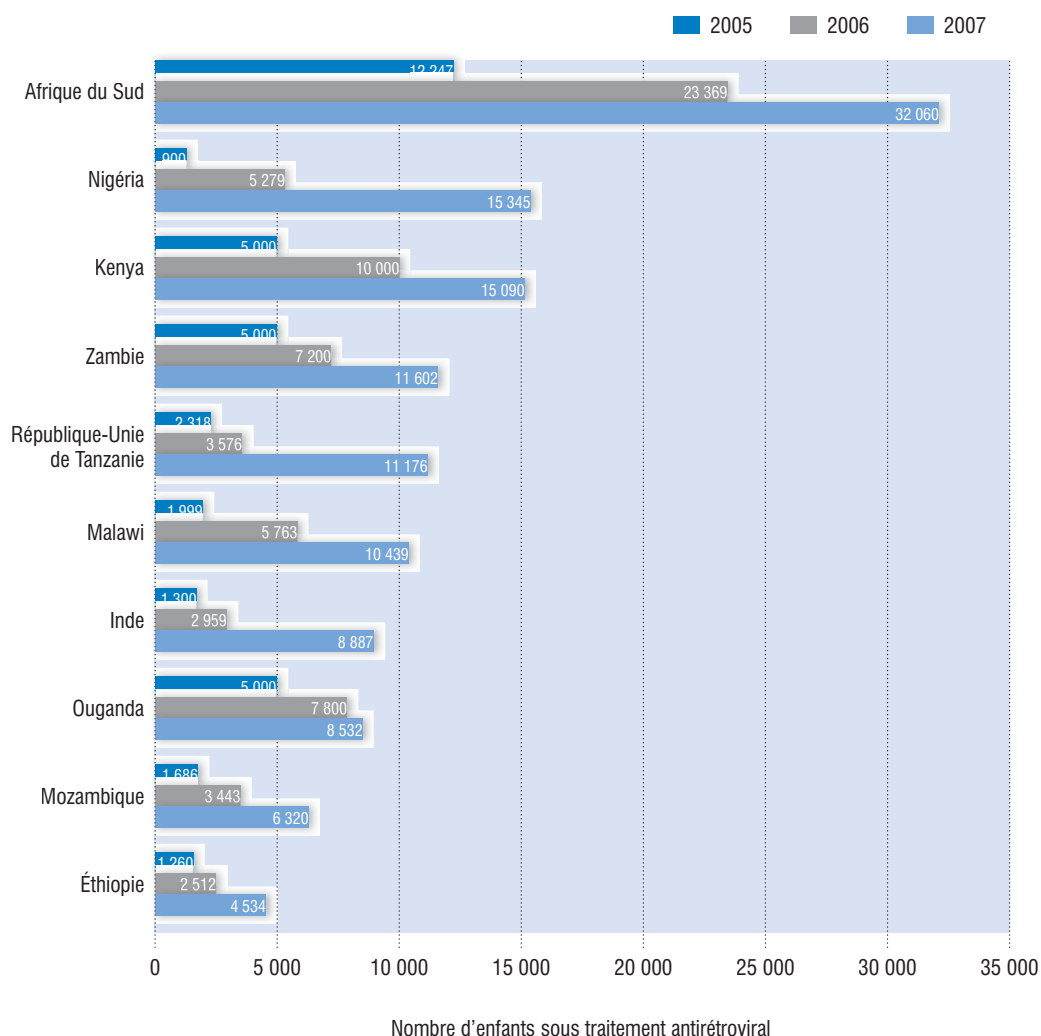


Figure 5.13. Nombre d'enfants (de moins de 15 ans) sous traitement antirétroviral dans les dix pays comptant, selon les estimations, le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, 2005–2007



En dépit des progrès remarquables réalisés dans de nombreux pays sur la voie d'un accès universel au traitement antirétroviral, à l'échelle mondiale, la plupart des enfants séropositifs nécessitant un traitement antirétroviral ne le reçoivent toujours pas, avec pour conséquence des taux

élevés de mortalité directement attribuables au VIH chez les enfants de moins de cinq ans. Les efforts pour étendre le diagnostic précoce des nourrissons et offrir un traitement et des soins pédiatriques doivent se poursuivre.

Références

1. ONUSIDA et OMS. *Le point sur l'épidémie de sida 2007*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/default.asp>, consulté le 15 mai 2008).
2. World Health Organization, World health statistics 2008, WHO, Geneva, 2008 (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/en>, consulté le 5 mai 2008).
3. De Cock KM et al., Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:1175–1182.
4. Assemblée générale des Nations Unies. *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. New York, Nations Unies, 2001 (<http://www.unaids.org/fr/AboutUNAIDS/Goals/UNGASS/default.asp>, consulté le 15 mai 2008).
5. *Call to Action: Towards an HIV-free and AIDS-free generation. Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) High Level Global Partners Forum, Abuja, Nigeria, December 3, 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/hiv/mtct/pmtct_calltoaction.pdf, consulté le 5 mai 2008).
6. OMS. *Approches stratégiques de la prévention de l'infection à VIH chez l'enfant*, Rapport d'une réunion de l'OMS, Morges (Suisse), 20-22 mars 2002, OMS, Genève, 2003 (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/strategicapproachesfr.pdf>, consulté le 15 mai 2008).
7. OMS et UNICEF avec l'Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants, *Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH - Vers un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants et pour l'élimination du VIH et du sida*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://www.who.int/hiv/mtct/PMTCT_frWEBNov26.pdf, consulté le 15 mai 2008).
8. United Nations Population Division, *World population prospects, 2006 revisions*, New York, United Nations, 2006.
9. Demographic and health surveys [site Internet], Calverton, MD, MEASURE DHS (<http://www.measuredhs.com>, consulté le 5 mai 2008).
10. Shetty AK et al., The feasibility of voluntary counselling and HIV testing for pregnant women using community volunteers in Zimbabwe, *International Journal of STD and AIDS*, 2005, 16:755–759.
11. *Reproductive health strategy to accelerate the attainment of international development goals and targets*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/reproductive-health/publications/strategy.pdf>, consulté le 5 mai 2008).
12. Westoff CF, Ochoa LH, *Unmet need and the demand for family planning*, Calverton, MD, Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development, Macro International, 1991 (Comparative Studies No. 5).
13. Westoff CF, Bankole A, *Unmet need: 1990–1994*, Calverton, MD, Macro International, 1995 (DHS Comparative Report No. 16).
14. *Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/reproductive-health/publications/rh_indicators/guidelines.pdf, consulté le 5 mai 2008).
15. Adamchak S et al., Family planning use and unmet need among female ART clients in Ghana, *Linking Reproductive Health, Family Planning, and HIV/AIDS in Africa, 9–10 October 2006, Addis Ababa, Ethiopia* (http://www.jhsph.edu/gatesinstitute/_pdf/policy_practice/FP-HIV/Presentations/Session%202B/Adamchak_et%20a%20v4%20c.pdf, consulté le 5 mai 2008).
16. Rochat TJ et al., Depression among pregnant rural South African women undergoing HIV testing. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295:1376–1378.
17. Desgrées-du-Loû A et al., Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women, DITRAME ANRS Project, Abidjan 1995–2000, *International Journal of STD and AIDS*, 2002, 13:462–468.
18. *Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children, 3–5 May 2004*. Geneva, World Health Organization and New York, United Nations Population Fund, 2004 (<http://www.who.int/reproductive-health/stis/linking.html>, consulté le 5 mai 2008).
19. Adamchak S, Reynolds H, Wilcher R, *Country assessments: documenting family planning–HIV integration models*. Research Triangle Park, NC, Family Health International, unpublished, 2007.
20. Rutenberg N, Baek C, Field experiences integrating family planning into programs to prevent mother-to-child transmission of HIV, *Studies in Family Planning*, 2005, 36:235–245.
21. OMS et ONUSIDA., *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Genève, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242595567_fre.pdf, consulté le 15 mai 2008).
22. EuroHIV, Report on the EuroHIV 2006 survey on HIV and AIDS surveillance in the WHO European Region, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2007.
23. United States Centers for Disease Control and Prevention. Introduction of routine HIV testing in prenatal care – Botswana, 2004. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2004, 53:1083–1086.
24. Chandisarewa W et al., Routine offer of antenatal HIV testing ('opt-out' approach) to prevent mother-to-child transmission of HIV in urban Zimbabwe, *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:821–900.

25. Medley A et al., Rates, barriers and outcome of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes, *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:299–307.
26. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/guidelines/en> (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/guidelines/en>, consulté le 5 mai 2008).
27. Kominami M et al., Factors determining prenatal HIV testing for prevention of mother to child transmission in Dar es Salaam, Tanzania, *Pediatrics International*, 2007, 49:286–292.
28. Okonkwo KC et al., An evaluation of awareness: attitudes and beliefs of pregnant Nigerian women toward voluntary counselling and testing for HIV, *AIDS Patient Care and STDs*, 2007, 21:252–260.
29. Homsy J et al., The need for partner consent is a main reason for opting out of routine HIV testing for prevention of mother-to-child transmission in a rural Ugandan hospital, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 44:366–369.
30. Homsy J et al., Routine intrapartum HIV counseling and testing for prevention of mother-to-child transmission of HIV in a rural Ugandan hospital, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 42:149–154.
31. Smart T with contributions from Sherriff L, Getting the most prevention and care out of programmes for the prevention of mother-to-child transmission, *HIV & AIDS Treatment in Practice*, 2006, 70 (<http://www.aidsmap.com/cms1065529.asp>, consulté le 5 mai 2008).
32. Kakimoto K et al., Influence of the involvement of partners in the mother class with voluntary confidential counselling and testing acceptance for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV Programme (PMTCT Programme) in Cambodia, *AIDS Care*, 2007, 19:381–384.
33. mothers2mothers, *2007 annual report*, Cape Town, 2007 (<http://www.m2m.org/about-us/download-information.html>, consulté le 5 mai 2008).
34. Baek C et al., Key findings from an evaluation of the mothers2mothers program in KwaZulu-Natal, South Africa. Horizons final report, Washington, DC, Population Council, 2007.
35. Shaffer N et al., Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial, Bangkok Collaborative Perinatal HIV transmission Study Group, *Lancet*, 1999, 353:773–780.
36. Guay LA et al., Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial, *Lancet*, 1999, 354:795–802.
37. OMS/UNICEF/FNUAP/ONUSIDA. Le VIH et l'alimentation du nourrisson. Mise à jour sur la base d'une consultation technique tenue au nom de l'Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons, Genève, 25-27 octobre 2006, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242595963_fre.pdf, consulté le 15 mai 2008).
38. Nutrition and HIV/AIDS: list of publications [site Internet]. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/nutrition/publications/hivaids/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
39. Leroy V et al., 18-month effectiveness of short-course antiretroviral regimens combined with alternatives to breastfeeding to prevent HIV mother-to-child transmission, *PLoS ONE*, 2008, 3:e1645.
40. Thior I et al., Breastfeeding plus infant zidovudine prophylaxis for 6 months vs formula feeding plus infant zidovudine for 1 month to reduce mother-to-child HIV transmission in Botswana: a randomized trial: the Mashi Study, *Journal of the American Medical Association*, 2006, 296:794–805.
41. Coovadia HM et al., Mother-to-child transmission of HIV infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study, *Lancet*, 2007, 369:1107–1116.
42. Creek T et al., A large outbreak of diarrhea with high mortality among non-breastfed children in Botswana, 2006 – implications for HIV prevention strategies and child health, *14th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, Los Angeles, CA, USA, 25–28 February 2007 (<http://www.retroconference.org/2007/Abstracts/30582.htm>, consulté le 5 mai 2008).
43. Iliff PJ et al., Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV transmission and increases HIV-free survival, *AIDS*, 2005, 19:699–708.
44. Van Esterik P, ed., 1990–2005 – Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding: past achievements, present challenges and the way forward for infant and young child feeding, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, 2005.
45. World Health Organization Office for the Western Pacific and UNICEF, *Child survival profile: Cambodia*, WHO Office for the Western Pacific, Manila, 2007.
46. Interagency Task Team on Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric HIV Care, PMTCT joint mission report, document non publié, 2007.
47. Coovadia HM et al., Mother-to-child transmission of HIV infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study, *Lancet*, 2007, 369:1107–1116.

48. OMS. *Principes directeurs pour l'alimentation des enfants âgés de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9242593435_fre.pdf, consulté le 15 mai 2008).
49. Antiretroviral therapy in the public and private sectors in Malawi: results up to 30 December 2007, Lilongwe, Ministry of Health, Malawi.
50. Mermin J et al., Mortality in HIV-infected Ugandan adults receiving antiretroviral treatment and survival of their HIV-uninfected children: a prospective cohort study, *Lancet*, 2008, 371:752–759.
51. *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/art/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
52. Chintu C et al., Cotrimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections in HIV infected Zambian children (CHAP): a double-blind randomized placebo-controlled trial, *Lancet*, 2004, 364:1865–1871.
53. OMS, *Directives sur l'utilisation du cotrimoxazole pour la prophylaxie des infections liées au VIH chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Recommandations pour une approche de santé publique*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242594706_fre.pdf, consulté le 15 mai 2008).
54. Maldonado YA, Araneta RG, Hersh AL, Pneumocystis carinii pneumonia prophylaxis and early clinical manifestation of severe perinatal human immunodeficiency virus type 1 infection. Northern California Pediatric HIV Consortium, *Pediatric Infectious Disease Journal*, 1998, 17:398–402.
55. Violar A, Antiretroviral therapy initiated before 12 weeks of age reduces early mortality in young HIV-infected infants: evidence from the Children with HIV Early Antiretroviral Therapy (CHER) Study, *4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Sydney, Australia, 22–25 July 2007* (<http://www.ias2007.org/abstract.aspx?elementid=200705557>, consulté le 5 mai 2008).
56. Bolton MC et al., Clinical outcomes and CD4 cell response in children receiving antiretroviral therapy at primary health care facilities in Zambia, *Journal of the American Medical Association*, 2007, 298:1888–1899.
57. Prendergast A et al., Randomized, controlled trial of 3 approaches to management of HIV-infected infants, *15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, USA, 3–6 February 2008* (Abstract 77LLB; <http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/33523.htm>, consulté le 5 mai 2008).

6. RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET DE L'INFORMATION SANITAIRE

Principales conclusions

- Investir en faveur de la riposte au VIH peut renforcer l'ensemble des systèmes de santé et stimuler des systèmes de prestation des soins de santé plus efficaces et plus réactifs.
- Pour corriger la pénurie de personnel de santé, beaucoup de pays adoptent des stratégies telles que la délégation des tâches, qui consiste à confier certaines fonctions à des soignants moins spécialisés.
- Dans l'ensemble, 18% des sites de traitement ayant présenté des données ont connu au moins une interruption de l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux en 2007. C'est en Afrique et en Amérique latine que les ruptures de stocks se sont produites le plus fréquemment.
- Les responsables des programmes et les soignants ont besoin de meilleures informations sanitaires stratégiques pour guider la prestation des services et améliorer les effets des interventions dans des environnements à ressources limitées.

6.1 Renforcement des systèmes de santé

Renforcer les systèmes de santé pour soutenir l'expansion sans précédent des interventions de prévention, de traitement et de soins du VIH exige une administration rigoureuse et l'intégration des programmes relatifs au VIH dans d'autres domaines du système de santé. Tous les systèmes de santé doivent assurer certaines fonctions de base pour atteindre leurs objectifs, quelle que soit leur organisation. L'OMS a identifié six piliers sur lesquels construire un système de santé solide : la prestation des services ; le personnel de santé ; l'information sanitaire ; les produits médicaux, les vaccins et les technologies ; et la direction et la gouvernance (1). Chacune de ces fonctions est essentielle pour améliorer les résultats sanitaires et veiller à ce que l'investissement en faveur de la santé soit le plus rentable possible.

Personnel de santé

Le personnel de santé demeure l'un des principaux enjeux pour étendre les interventions prioritaires en matière de VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. D'après le Rapport sur la santé dans le monde 2006 (2), il manque près de 4,3 millions d'agents de santé dans le monde – médecins, sages-femmes, infirmières et personnel d'appui, l'Afrique subsaharienne faisant face à un déficit de 1 million de soignants. La migration de la main-d'œuvre, le manque de compétences et les environnements de travail difficiles sont d'autres obstacles (3).

Le VIH et d'autres maladies ont des conséquences dramatiques sur les ressources humaines dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, où la morbidité, la mortalité et l'absentéisme ont décimé une main-d'œuvre déjà surchargée (4). Certaines études estiment que jusqu'à 20% du personnel de santé aurait été perdu en raison du VIH et de maladies liées (3). Une récente enquête anonyme auprès de 595 soignants en Afrique du Sud (5) a révélé que la prévalence du VIH parmi le personnel de santé était de 15,9%, soit comparable à la prévalence nationale moyenne de 15,5% chez les adultes. Ces résultats ne sont probablement pas différents dans d'autres pays fortement touchés par l'épidémie.

Ces études et d'autres encore ont souligné qu'il fallait en priorité prendre en charge le VIH, notamment en administrant un traitement antirétroviral, chez les soignants. Une récente enquête sur les retombées de l'expansion du traitement sur les ressources humaines de santé au Malawi a par exemple estimé que pour 1024 soignants qui avaient accès au traitement antirétroviral en juin 2006, quelque 250 vies avaient été sauvées un an après le début du traitement, ce qui représente un gain de 1000 jours-soignants par semaine au niveau national. Cela équivaut au nombre total estimé de jours-soignants par semaine requis pour assurer des services de traitement antirétroviral au niveau national (6).

En 2007, l'OMS a collaboré avec plusieurs partenaires internationaux et États membres pour préparer un plan

destiné à s'attaquer à la crise du personnel de santé en se concentrant sur trois interventions (7) :

- traiter : assurer un ensemble complet d'interventions de prise en charge du VIH à l'intention des soignants ;
- former : y compris la délégation de tâches à des catégories de personnel moins spécialisées ; et
- fidéliser : notamment la santé et la sécurité au travail, des encouragements financiers ou non pour fidéliser le personnel de santé et des mesures pour freiner la migration du personnel de santé vers le secteur privé ou des pays à revenu plus élevé

L'un des éléments clés de la composante de formation est la délégation des tâches, qui prévoit de transférer des travaux précis, le cas échéant, à des soignants moins spécialisés. La délégation de tâches a été utilisée avec succès dans des milieux à ressources limitées avant l'apparition de l'épidémie de VIH pour faire face au manque de médecins et plusieurs études ont démontré que cette stratégie est non seulement rentable, mais que le personnel auxiliaire s'acquitte mieux de certaines tâches que les soignants plus qualifiés (8).

En 2007, 28 pays à revenu faible ou intermédiaire sur 73 ont indiqué¹ qu'ils avaient une politique de délégation des tâches qui permettait de réorganiser les travaux parmi les soignants et de recruter des agents non-cadres. L'OMS, avec le concours du Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida et l'ONUSIDA, a récemment mis au point des recommandations et des directives mondiales sur la délégation des tâches. Elles ont été présentées en janvier 2008 au cours de la première Conférence internationale jamais organisée sur ce thème (9). Les pays qui envisagent d'adopter ou d'accélérer une politique de délégation des tâches peuvent y trouver des conseils en vue de renforcer le personnel de santé.

L'adoption de la délégation des tâches dans les services de prise en charge du VIH a été positive. D'après une récente étude en Afrique du Sud (10), après six mois de suivi, des résultats tels que la suppression virale, l'observance et la rétention de patients dans les sites sans médecins étaient semblables à ceux des sites avec médecins.

L'utilité de cette méthode a aussi été documentée en Haïti et au Rwanda, où Partners in Health, une organisation non gouvernementale locale, assure des services de traitement et de soins du VIH en utilisant un modèle qui délègue des tâches aux infirmières et aux agents de santé communautaires. Dans les sites de Partners in Health en Haïti, où les médecins n'accomplissent que 2% des tâches, la survie à 12 mois des patients qui ont commencé un traitement antirétroviral était comparable à la survie dans d'autres situations à ressources limitées. Dans ces

¹ Données transmises à l'OMS en réponse au questionnaire annuel pour le suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2007.

deux pays, le taux d'abandon était inférieur à 5% dans les sites de Partners in Health, ce qui a été attribué au soutien des agents de santé communautaires qui accompagnent les patients tout au long de leur traitement avec une supervision et un suivi quotidiens. Les infirmières et les médecins ont accepté la délégation des tâches comme méthode de soins et les agents de santé communautaires étaient respectés. À tous les niveaux du système de soins de santé, le personnel a indiqué qu'il se sentait capable d'assumer des tâches nouvelles ou plus compliquées avec une formation, du matériel et une rémunération appropriés (11). Des résultats semblables ont aussi été obtenus en Ouganda (12).

Gestion des achats et des stocks

Outre la crise des ressources humaines, beaucoup de systèmes de santé continuent de pâtir de la faiblesse de leurs systèmes d'achat et d'approvisionnement qui provoque de

fréquentes pénuries de médicaments antirétroviraux et de produits essentiels (13). En 2007, 41 des 66 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant transmis des informations² n'avaient connu aucune rupture de stocks de médicaments antirétroviraux en 2007. Les 25 autres ont indiqué qu'ils en avaient connues une ou plusieurs.

Dans ces 66 pays, 18% des sites ayant transmis des informations avaient manqué au moins une fois de médicaments antirétroviraux en 2007. Néanmoins, des ruptures de stocks de médicaments antirétroviraux se sont produites dans une proportion plus élevée de sites de traitements en Afrique et en Amérique latine que dans d'autres régions du monde³.

Pour permettre aux pays de renforcer leurs systèmes de gestion des achats et des approvisionnements, le Plan

Encadré 6.1. Renforcer la gestion de la chaîne d'approvisionnement au Guyana et au Zimbabwe

Guyana

Le sida est la première cause de mortalité des adultes âgés de 25 à 44 ans au Guyana. Le Gouvernement a donné la priorité à un accès en temps voulu des personnes vivant avec le VIH au traitement et aux soins. La chaîne d'approvisionnement du Guyana est largement centralisée, un service du Ministère de la Santé étant chargé de gérer l'achat et la distribution de toutes les fournitures sanitaires du secteur public.

Pour accroître la capacité de stockage, le Ministère de la Santé, avec l'appui du Système de gestion de la chaîne d'approvisionnement, a ouvert en novembre 2007 une nouvelle structure modèle de stockage des médicaments et fournitures anti-VIH. La nouvelle structure fournit un environnement sûr et à température contrôlée pour stocker les médicaments antirétroviraux et autres produits utilisés pour le dépistage, les soins et le traitement du VIH. Un système de gestion des entrepôts a également été lancé, avec une technologie manuelle et par radio dans le nouveau magasin. Les anciens systèmes d'inventaire des entrepôts étaient peu fiables, aboutissant à des pratiques inefficaces et au dépassement des dates limites d'utilisation des produits. Le nouveau système a déjà nettement amélioré la gestion des stocks.

En 2007, le Système de gestion de la chaîne d'approvisionnement a également travaillé avec d'autres organisations partenaires pour préparer un outil national de prévision des médicaments antirétroviraux, d'autres médicaments essentiels et des trousseaux de dépistage nécessaires pour l'année suivante. Il a aussi formé du personnel technique du Ministère de la Santé et d'organisations partenaires aux techniques de prévision, ce qui aidera à renforcer encore les systèmes d'inventaire et à éviter des pénuries potentielles de fournitures sanitaires essentielles.

Zimbabwe

Au Zimbabwe, la coordination entre les principaux acteurs a été déterminante pour le succès de l'expansion des programmes de traitement antirétroviral dans un environnement économique instable. Afin de renforcer les systèmes d'achat et de gestion des approvisionnements, le Système de gestion de la chaîne d'approvisionnement a apporté son appui au Forum national des partenariats sur le traitement antirétroviral, un programme du Ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfance qui coordonne les activités des institutions gouvernementales avec les organismes donateurs.

Le Zimbabwe réduit les ruptures de stocks de fournitures essentielles pour le VIH grâce à un programme novateur mis au point pour la première fois pour ses programmes de planification familiale. En liaison avec le Système de gestion de la chaîne d'approvisionnement et l'USAID, le Ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfance et le Conseil national de planification familiale du Zimbabwe ont piloté un projet visant à ajouter des trousseaux de test rapide du VIH et de la névirapine pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH à un système existant qui distribue des préservatifs et des contraceptifs aux centres de santé de deux provinces. Les chefs des équipes de livraison chargent les fournitures couramment utilisées dans des grands camions, ou «entrepôts mobiles» et les transportent dans les centres de santé, ils vérifient les stocks restants et remettent la quantité d'articles nécessaires pour reconstituer les réserves. D'après une évaluation menée en janvier 2008, les taux de rupture de stock ont diminué de 19% pour les trousseaux de test rapide et de 37% pour la névirapine dans une seule province. Ce programme sera donc étendu à tout le pays. Le Système de gestion de la chaîne d'approvisionnement forme les soignants locaux aux compétences et outils nécessaires pour quantifier eux-mêmes les besoins et gérer l'approvisionnement national.

Source : Where we work : country highlights [site Internet] (14).

2 Données transmises à l'OMS en réponse au questionnaire annuel pour le suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2007.

3 Données transmises à l'OMS en réponse au questionnaire annuel pour le suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2007.

d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida a financé le Système de gestion de la chaîne d'approvisionnement, qui réunit de multiples parties afin d'acheter des médicaments essentiels et d'autres fournitures à des prix abordables, d'instaurer et de renforcer des systèmes d'approvisionnement fiables et de favoriser la coordination dans ce domaine entre les partenaires (encadré 6.1).

La riposte au VIH et le renforcement des systèmes de santé

Ces dernières années, de vifs débats ont opposé les tenants de l'investissement en faveur des programmes verticaux (propres à une maladie) aux défenseurs de l'investissement horizontal (systèmes de santé). On a parfois craint que le financement des programmes verticaux, comme ceux qui sont

destinés à assurer des services de prévention, de traitement et de soins du VIH, n'aboutisse à une distorsion du système de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en détournant de rares ressources d'autres secteurs du système de santé et ne complique les processus de budgétisation et de planification des pays bénéficiaires (15–17). En réponse à ces préoccupations, plusieurs observateurs ont noté qu'il était faux d'opposer les programmes verticaux relatifs au VIH à l'investissement horizontal en faveur des systèmes de santé, comme s'ils s'excluaient mutuellement. Ils suggèrent que, même si les craintes de distorsion sont réelles, une bonne conception de programmes propres à une maladie et l'intégration avec d'autres composantes du système de santé peuvent profiter des investissements en faveur d'une maladie

Encadré 6.2. Renforcer le système de santé du Cambodge avec l'investissement dans la riposte au VIH

En 2003, le Cambodge a publié un plan pour étendre la prestation d'un ensemble de services destiné à assurer un traitement et des soins intégrés aux personnes vivant avec le VIH. Les services fournis dans le cadre de ce plan comprenaient :

- le conseil et le dépistage volontaires ;
- des services communautaires, notamment des soins à domicile et des groupes de soutien pour les personnes vivant avec le VIH ;
- des soins dans des établissements de santé, notamment le traitement des infections opportunistes, le traitement antirétroviral pour les adultes et les enfants et des services de laboratoire et de pharmacie ; et
- des réseaux de soutien de personnes vivant avec le VIH ou Mond Mith Chouy Mith (centres d'activités d'amis qui aident des amis).

Le Centre national du Cambodge pour le VIH/sida, la dermatologie et les infections sexuellement transmissibles dirige l'élargissement de ce plan d'un seul district opérationnel en 2003 à un nombre prévu de 40 sur 68 districts d'ici à 2010.

L'une des composantes essentielles du plan cambodgien était de coordonner les activités des autorités, des organisations non gouvernementales et des partenaires internationaux pour assurer les services de VIH. Cet objectif était particulièrement ardu, compte tenu du nombre d'organisations non gouvernementales différentes qui dispensaient des services de VIH avant l'apparition de tout service gouvernemental.

Autre élément important du plan, il prévoyait une formation et des mesures d'encouragement pour aider les agents de santé à assumer le surcroît de travail occasionné par le traitement des personnes vivant avec le VIH.

Une étude de cas a été présentée en 2007 pour donner un instantané de la continuité des soins à mi-chemin de l'extension du programme, en accordant une attention particulière à la possibilité que les interventions relatives au VIH contribuent au renforcement du système de santé. Les indicateurs de renforcement plus large du système de santé étaient les suivants :

- amélioration des techniques de prise en charge définies par le plan national sur le VIH et imitées par d'autres secteurs du système de santé ;
- renforcement des capacités techniques des cliniciens à traiter des personnes qui n'ont pas d'infection au VIH ;
- accroissement de l'utilisation d'autres services hospitaliers grâce aux informations positives que la communauté reçoit sur la qualité des soins ; et
- perfectionnement des opérations générales de laboratoire et de pharmacie.

Ce renforcement du système de santé était particulièrement évident dans le district opérationnel où le plan a d'abord été mis en œuvre, et où la formation, l'équipement et les rénovations ont consolidé les capacités du système général autant que les soins propres au VIH.

De plus, le personnel et les ressources consacrées aux soins du VIH chez l'enfant sont utilisés pour tous les enfants ayant besoin de soins, ce qui a permis d'améliorer la qualité des soins pédiatriques généraux dans ces 22 hôpitaux. Le Centre national du VIH/sida, de dermatologie et d'infections sexuellement transmissibles a lancé une initiative intégrée de laboratoire pour mettre en commun du personnel et des équipements des différents programmes verticaux afin d'optimiser les résultats de laboratoire au niveau des hôpitaux de district.

Sources : *The continuum of care for people living with HIV/AIDS in Cambodia: linkages and strengthening in the public health system – a case study* (22) and Bureau national de l'OMS au Cambodge.

donnée pour renforcer d'autres domaines des systèmes de santé en manque de ressources (18,19).

Cette controverse a stimulé beaucoup de discussions et a donné lieu à des évaluations de l'influence des programmes de prise en charge du VIH sur le système de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire. Plusieurs analyses récentes de la mise en œuvre de programmes de lutte contre le VIH ont apporté de nouvelles données sur ce point, suggérant qu'un investissement prioritaire en faveur des interventions de prise en charge du VIH a des conséquences sur l'ensemble du système de santé, par exemple en modernisant les infrastructures cliniques et de laboratoire (20). Des analyses complémentaires fournissent un cadre conceptuel sur la manière dont la prestation de ces programmes de lutte contre le VIH peut catalyser des systèmes de soins de santé plus efficaces et plus réactifs (encadré 6.2) (21).

6.2 Intégration des services relatifs au VIH dans les soins de santé primaires

Plusieurs études ont montré que les services relatifs au VIH doivent être intégrés avec d'autres services de santé afin de maximiser les bénéfices de l'investissement en faveur de l'intervention sur le VIH (23).

L'OMS a mis au point des outils intégrés et du matériel de formation que les soignants peuvent utiliser pour assurer des services de santé à l'intention des personnes vivant avec le VIH. L'approche de prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) est fondée sur le modèle de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), que des pays appliquent avec succès depuis 1999. Plutôt que de séparer les outils des différents programmes, les outils de la PCIMAA et la PCIME donnent aux soignants une approche intégrée de la prise en charge des cas afin de gérer différents problèmes tout en assurant des interventions prioritaires de prévention.

Les deux approches soutiennent un modèle décentralisé d'expansion des services de santé qui optimise l'emploi des ressources humaines et encourage les réseaux de prestation des soins de santé au niveau des districts. Ces réseaux de district relient les communautés, les centres de santé et les hôpitaux par des systèmes de transfert des patients, de consultation et de parrainage, et ils facilitent l'autogestion des patients. Ces approches permettent aussi de renforcer les infrastructures cliniques et de laboratoire ainsi que la gestion des approvisionnements et elles ont le potentiel de consolider l'ensemble du système de santé (encadré 6.3).

Encadré 6.3. Prestation intégrée des services en République-Unie de Tanzanie

Depuis plusieurs années, la République-Unie de Tanzanie applique activement la stratégie de PCIME. Une vaste étude a montré que l'approche intégrée de la prestation d'interventions prioritaires de traitement et de prévention pour les enfants par le biais de la PCIME avait permis d'obtenir un gain de 13% de plus dans la réduction de la mortalité des enfants que cela n'aurait été le cas avec les mêmes ressources par habitant consacrées à la santé des enfants, mais si les interventions spécifiques aux maladies avaient été appliquées de manière non intégrée (24).

Se fondant sur l'approche de la PCIME, la République-Unie de Tanzanie a adapté les outils de soins aigus, chroniques et palliatifs du VIH de la PCIMAA et les a utilisés comme programme national d'étude pour former les agents de santé et soutenir la décentralisation des services de VIH au niveau des centres de santé. Jusqu'en 2006, le traitement antirétroviral était administré principalement par des centres de soins et de traitement dans 200 hôpitaux. En 2007, le Ministère de la Santé et de la Protection sociale a formé des équipes de soins et de traitement de 500 centres de santé primaires à utiliser les outils de la PCIMAA adaptés à la République-Unie de Tanzanie pour élargir l'accès au traitement antirétroviral. Le nombre de patients sous traitement qui était de 46 124 en octobre 2006 est ainsi passé à 135 696 en décembre 2007. En 2008, le pays prévoit de former des équipes dans 500 centres de soins de santé primaires supplémentaires.

Le Ministère de la Santé et de la Protection sociale a également réorganisé le travail de ses partenaires d'exécution pour renforcer la capacité des équipes régionales et de district à gérer les services de VIH. Cette politique de régionalisation, assortie d'un soutien aux directives nationales standardisées, aux programmes d'études pour le niveau hospitalier et des centres de santé ainsi qu'à une décentralisation active, est capitale pour l'expansion future des services de VIH dans un système de santé renforcé.

6.3 Investir en faveur de l'information sanitaire

Une information stratégique sur l'épidémie de VIH aux niveaux local et national est essentielle pour guider les pays dans la planification de la riposte de leur secteur de santé au VIH, et pour les aider à prendre des décisions et à les appliquer ainsi qu'à rendre compte de leurs activités en la matière.

Surveillance

Pour qu'un pays puisse préparer une riposte adaptée à l'épidémie de VIH, il est indispensable qu'il connaisse l'épidémie. En 2000, l'ONUSIDA et l'OMS ont publié des directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH afin d'améliorer la surveillance du virus (25). Cette stratégie préconise d'adapter les systèmes d'information aux caractéristiques de l'épidémie dans un pays précis et de relier différentes sources d'information, notamment la prévalence du VIH dans divers groupes de population, les données sur les comportements sexuels à risque, les notifications des cas de sida et d'autres sources de données. La plupart des pays ont adopté cette approche, avec une qualité et des tendances inégales selon les périodes. Une récente évaluation de la fréquence et de la ponctualité du recueil de données, de l'adéquation des systèmes utilisés et de la compatibilité des sites de surveillance dans 137 pays à revenu faible ou intermédiaire a renseigné utilement sur la qualité des pratiques de surveillance du VIH. Dans le monde, 56 pays ont pleinement mis en œuvre des systèmes de surveillance, 32 l'ont fait en partie et les 49 pays restants avaient des systèmes fonctionnant mal. Cela représente une légère progression dans la qualité des systèmes de surveillance au cours des dernières années, en particulier dans les pays qui connaissent une épidémie généralisée (26).

Depuis l'apparition de nouvelles techniques de dépistage, comme les tests rapides et les prélèvements de sang séché sur sérobuvar, beaucoup de pays ont réalisé des enquêtes représentatives au niveau national pour estimer la prévalence du VIH. Les enquêtes démographiques nationales peuvent fournir des informations plus précises et de meilleure qualité sur les niveaux de l'infection à VIH, aussi bien dans les zones urbaines que rurales, que les estimations obtenues à partir de surveillance sentinelle. Elles donnent aussi des données sur la répartition par âge et par sexe des personnes vivant avec le VIH. Ces cinq dernières années, près de 30 enquêtes auprès de la population ont été réalisées, pour la plupart en Afrique subsaharienne. Les données émanant des enquêtes démographiques permettent d'améliorer l'exactitude des estimations mondiales et régionales de l'épidémie de VIH. La connaissance de l'épidémie de VIH dans un pays doit inclure une estimation du nombre attendu et des sources de nouvelles infections. L'OMS et l'ONUSIDA travaillent avec les pays en Afrique australe, orientale et de l'Ouest

pour créer de meilleures estimations de l'incidence du VIH et documenter la planification des programmes. L'étude, qui utilise une technique de modélisation appelée Modes de Transmission, estime le nombre attendu de personnes nouvellement infectées par an sur la base de la répartition actuelle de l'infection et des schémas de risque au sein d'une population (27).

Suivi et évaluation

Ces dernières années, les pays ont accompli des progrès remarquables dans le suivi et l'évaluation de leurs programmes de VIH, grâce à un investissement accru dans la riposte au virus ainsi qu'aux pressions des donateurs bilatéraux et multilatéraux leur demandant de mieux rendre compte de leurs activités. Les pays sont mieux préparés à recueillir, utiliser et analyser des données pour surveiller et améliorer les résultats des programmes. Les acteurs clés se sont aussi efforcés de resserrer la coordination pour les activités de suivi et d'évaluation, conformément aux principes des « trois principes directeurs » (28).

Les pays sont de plus en plus nombreux à reconnaître qu'il est nécessaire de renforcer les systèmes de suivi de la riposte du secteur de la santé en vue d'un accès universel. En décembre 2007, 67 pays à revenu faible ou intermédiaire avaient préparé, ou étaient en passe de le faire, un plan de suivi et d'évaluation de la riposte du secteur de la santé au VIH. En 2007, la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire (143 sur 149 pays transmettant des données) ont fourni des données sur les progrès du suivi dans le secteur de la santé. Un nombre croissant de pays sont aussi capables de surveiller l'accès aux interventions prioritaires. Par exemple, 130 pays à revenu faible ou intermédiaire ont fourni des renseignements sur le nombre de patients sous traitement antirétroviral en 2007. Néanmoins, la disponibilité de chiffres détaillés, par exemple ventilés par sexe et par âge, est plus limitée. En 2007, 101 pays seulement étaient à même de donner des informations sur le traitement antirétroviral ventilés par sexe et/ou par âge. Les pays à revenu élevé recueillent des données fragmentaires. Neuf des 44 pays à revenu élevé ont transmis des données sur le nombre de patients qui suivaient un traitement antirétroviral en 2007.

Il faut faire davantage pour garantir la disponibilité d'une information de qualité et faire le meilleur usage de cette information afin de définir des programmes nationaux, surveiller l'impact des interventions et rendre des comptes. La collecte régulière et la diffusion de données de qualité sur l'impact et les résultats d'interventions clés est un enjeu majeur.

Bien que l'on dispose de plus en plus de données probantes sur l'impact positif de l'expansion du traitement antirétroviral pour les individus et les communautés, les taux élevés de perte pour le suivi et la mortalité précoce chez les patients

Encadré 6.4. Investir en faveur d'un nouveau système de suivi des patients pour l'Éthiopie

L'Éthiopie a préparé son premier Cadre national de suivi et d'évaluation du VIH/sida en 2003. Elle a adopté le système national de suivi des patients sous traitement antirétroviral en 2005 avec son propre ensemble d'instruments de recueil de données et de notification. Ce système est utilisé dans les 329 établissements de santé (119 hôpitaux et 210 centres de santé) qui fournissent actuellement le traitement antirétroviral. Tous les soignants qui assurent des services de traitement antirétroviral apprennent à utiliser le système national de suivi et la formation est incluse dans les modules de formation à la PCIME.

Pour généraliser la mise en œuvre du système de suivi des patients, l'Éthiopie a formé et déployé des responsables de la collecte de données dans tous les établissements de santé qui assurent des services de traitement antirétroviral. Les données sont recueillies à l'aide d'un système papier au niveau du centre de santé, puis saisies dans une base de données électronique aux niveaux régional et national. Les bureaux régionaux d'information sanitaire ont des gestionnaires des données et des responsables du suivi et de l'évaluation, un département central étant responsable de la coordination des activités de suivi et d'évaluation.

Le système national de suivi et d'évaluation exige que tous les sites de traitement antirétroviral transmettent chaque mois les informations sur leurs patients au niveau administratif supérieur, avec des données ventilées par âge, par sexe et par schéma thérapeutique. Les indicateurs des résultats des traitements commencent à être notifiés six mois après le début du traitement antirétroviral et continuent d'être communiqués après 12 mois de traitement, puis par la suite chaque année de traitement. Un total de 1129 sites de conseil et dépistage et 502 sites assurant des interventions pour prévenir la transmission mère-enfant suivent les mêmes procédures, mais envoient des rapports tous les trimestres au niveau administratif supérieur.

L'information aux niveaux régional et national sur le traitement antirétroviral est traitée, validée et diffusée mensuellement, et les services de conseil et dépistage volontaires et les services de prévention de la transmission mère-enfant adressent des rapports nationaux sur une base trimestrielle. Les rapports nationaux avec des données ventilées sont diffusés par voie électronique aux acteurs clés et aux partenaires. Le système de suivi des patients a également fourni au Ministère de la Santé et à ses partenaires une source riche en données de recherches pour évaluer son programme national, par exemple pour déterminer comment le traitement antirétroviral influence la morbidité et la mortalité en Éthiopie.

À mesure que le programme de traitement antirétroviral du pays s'étend, le système actuel de saisie des informations sur papier deviendra plus difficile. C'est une tâche à forte intensité de main-d'œuvre qui exige beaucoup de place. Elle est sujette à des erreurs, qui pourraient compromettre la qualité des données. Elle suscite aussi des craintes quant au respect de la vie privée et de la confidentialité des dossiers individuels. La lourde charge de travail des agents de santé et des opérateurs de saisie ont créé des difficultés pour garantir un suivi ponctuel des rendez-vous manqués ou d'autres événements qui pourraient signaler l'interruption du traitement. Des capacités accrues sont nécessaires pour maintenir le suivi des patients, particulièrement au niveau de la *woreda*, le niveau le plus bas de gestion des programmes dans le système de santé éthiopien.

commençant le traitement suscitent des inquiétudes. Les pays doivent pouvoir mener des analyses par cohorte et se doter d'outils appropriés, notamment des systèmes électroniques, qui leur permettront de recueillir, de compiler et d'analyser des données de surveillance des résultats et de l'impact des interventions et pour prendre des décisions afin de prévenir les résultats indésirables (encadré 6.4).

Au niveau mondial, l'engagement de haut niveau de la part des pays et des donateurs ne sera durable que si on apporte les preuves que les investissements substantiels consentis pour la riposte au VIH permettent de réduire la morbidité et la mortalité et préviennent de nouvelles infections.

Recherche

Une information sanitaire stratégique complète doit inclure la recherche opérationnelle pour guider la mise en œuvre et l'expansion des programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH. Les acteurs clés ont pris conscience

de l'importance de ce type de recherche pour combler les lacunes dans les connaissances et pour assurer l'application à base factuelle des interventions du secteur de la santé. La Déclaration de Sydney, lancée à la IV^e Conférence de l'*International AIDS Society* sur la pathogénèse, les traitements et la prévention du VIH en juillet 2007, demande d'allouer à la recherche 10% du financement consacré à la lutte contre le VIH/sida (29).

En mars 2008, l'OMS et ses partenaires ont organisé une consultation internationale pour définir les domaines prioritaires de la recherche qui devraient guider l'application de l'approche de santé publique de la prestation des soins et du traitement dans des situations à ressources limitées. La consultation a envisagé quatre domaines principaux de recherche : les services de laboratoire, le traitement antirétroviral, les soins thérapeutiques non antirétroviraux et les systèmes de santé. Les recommandations de la consultation seront publiées en 2008.

Références

1. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en>, consulté le 5 mai 2008).
2. *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html>, consulté le 15 mai 2008).
3. Chen L et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*, 2004, 364:1984–1990.
4. Tawfik L, Kinoti S. *The impact of HIV/AIDS on the health workforce in developing countries*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/hrh/documents/whr06_background_papers/en/index.html, consulté le 5 mai 2008).
5. Uebel KE, Nash J, Avalos A. Caring for the caregivers: models of HIV/AIDS care and treatment provision for health care workers in Southern Africa. *Journal of Infectious Diseases*, 2007, 196(Suppl 3):S500–S504.
6. Makombe SD et al. A national survey of the impact of rapid scale-up of antiretroviral therapy on health-care workers in Malawi: effects on human resources and survival. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:851–857.
7. *Treat, train, retain: the AIDS and health workforce plan. Report on the Consultation on AIDS and Human Resources for Health, WHO, Geneva, 11–12 May 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/ttr/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
8. Samb B et al. Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357:2510–2514.
9. *Treat, train, retain: task shifting, global recommendations and guidelines*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/healthsystems/task_shifting/en/index.html, consulté le 5 mai 2008).
10. Pienaar D et al. *Models of care for antiretroviral service delivery*. Cape Town, South Africa, University of Cape Town, 2006.
11. Ivers L, Jerome G. *Task-shifting in HIV care: a community-based model for scale up of care in rural Haiti and Rwanda*. Boston, Partners In Health and Cambridge, Harvard Medical School, 2007 (non publié).
12. WHO, UNAIDS and the United States President's Emergency Plan for AIDS Relief. *Treat, train, Retain. Study on task shifting, organization of clinical services – mapping study in Uganda*. December 2007 (non publié).
13. *Improving AIDS drug access and advancing health care for all*. Bangkok, International Treatment Preparedness Coalition, 2007 (Missing the Target #5; <http://itpcglobal.org/Latest/MISSING-THE-TARGET-5.html>, consulté le 5 mai 2008).
14. Where we work: country highlights [site Internet]. Arlington, VA, Supply Chain Management System, 2008 (<http://scms.pfscm.org/scms/where>, consulté le 5 mai 2008).
15. England R. The dangers of disease-specific programmes. *British Medical Journal*, 2007, 365:565–567.
16. Garrett L. The challenge of global health. *Foreign Affairs*, 2007, January/February):14–38.
17. Halperin D. Putting a plague in perspective. *The New York Times*, 2008, 1 January.
18. *HIV/AIDS, communities and health systems strengthening: submission to DfID Health Strategy consultation*. Brighton, HIV/AIDS Alliance, 2006 (http://www.aidsalliance.org/custom_asp/publications/view.asp?publication_id=179&language=en, consulté le 5 mai 2008).
19. Farmer P, Garrett L. From “marvellous momentum” to health care for all: success is possible with the right programs. *Foreign Affairs*, 2006, July/August.
20. Wyss K, Weiss S. *Contributions of ART scaling-up to the strengthening of health systems in the framework of support provided by GFATM: the case of Tanzania, Chad and Burkina Faso*. Basle, Swiss Centre for International Health, 2005.
21. El-Sadr W, Abrams E. Scale-up of HIV care and treatment: can it transform healthcare services in resource-limited settings? *AIDS*, 2007, 21(Suppl 5):S65–S70.
22. *The continuum of care for people living with HIV/AIDS in Cambodia: linkages and strengthening in the public health system – a case study*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2006 (http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9290612223.htm, consulté le 5 mai 2008).
23. Fredlund VG, Nash J. How far should they walk? Increasing antiretroviral therapy access in a rural community in northern KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Infectious Diseases*, 2007, 196(Suppl 3):469–473.
24. Effectiveness and cost of facility-based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania. *Lancet*, 2004, 364:1583–1594.
25. Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST. *Directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2000 (http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/en/secondgeneration_fr.pdf, consulté le 15 mai 2008).

26. Lyerla R, Gows E, Garcia-Calleja JM. The quality of serosurveillance in low- and middle-income countries: status and trends through 2007. *Sexually Transmitted Infections* (sous presse).
27. Logiciels et outils épidémiologiques [page Internet]. Genève, ONUSIDA, 2008 (http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epi_software2007.asp, consulté le 15 mai 2008).
28. *Les trois principes directeurs – « Coordination des ripostes nationales au VIH/sida » - Principes directeurs à l'intention des autorités nationales et de leurs partenaires*. Genève, ONUSIDA, 2004 (http://data.unaids.org/UNA-docs/Three-Ones_KeyPrinciples_fr.pdf, consulté le 15 mai 2008).
29. Cooper D et al. The Sydney Declaration: a call to scale up research. *Lancet*, 2007, 370:7–8.

7. VERS UN ACCÈS UNIVERSEL : LA VOIE DU PROGRÈS

Dans l'ensemble, les progrès pour étendre la riposte du secteur de la santé en vue d'atteindre les objectifs d'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH se sont accélérés. Des interventions clés du secteur de la santé, comme le traitement antirétroviral, la prévention de la transmission mère-enfant et les services de conseil et de dépistage, sont de plus en plus largement disponibles. Ce progrès est dû à des engagements nationaux plus fermes, à des investissements financiers accrus et à des conseils techniques assortis d'initiatives multilatérales, bilatérales et du secteur privé.

Néanmoins, même au rythme actuel d'expansion, peu de pays sont susceptibles d'atteindre les objectifs de l'accès universel d'ici à 2010 ou les cibles définies pour 2015 dans les objectifs du Millénaire pour le développement. Même si les progrès dans l'accès au traitement sont impressionnants, le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH n'en continue pas moins de dépasser le nombre de personnes qui bénéficient d'un traitement. En 2007, près de 2,5 millions de personnes ont été infectées par le VIH, mais le nombre de personnes supplémentaires traitées avec des antirétroviraux en 2007 par rapport à 2006, est inférieur à 1 million.

Pour relever les formidables enjeux qui l'attendent, le secteur de la santé a besoin d'un financement prévisible et durable, d'un engagement politique suivi, d'une coordination plus étroite entre les parties prenantes et de nouvelles recherches. Des mesures de prévention du VIH à l'efficacité démontrée, allant de pair avec des services étendus de conseil et de dépistage, doivent être proposées plus largement pour prévenir de nouvelles infections, et il faut poursuivre les activités pour élargir l'accès des personnes vivant avec le VIH aux services de traitement, de soins et de soutien.

Pour atteindre les objectifs de l'accès universel, les pays et leurs partenaires doivent se concentrer sur les domaines prioritaires suivants dans le secteur de la santé.

1. Renforcer le rôle du secteur de la santé dans la prévention du VIH

1.A Accélérer la mise en œuvre d'interventions de prévention du VIH qui ont fait leurs preuves

Le secteur de la santé peut et doit jouer un plus grand rôle dans l'expansion et le maintien d'interventions de prévention du VIH à l'efficacité confirmée, comme l'utilisation du préservatif et les stratégies de réduction des risques. La prévention du VIH doit faire partie intégrante des services

de santé génésique, de planification familiale et de prise en charge des infections sexuellement transmissibles.

Dans beaucoup de pays, les groupes de population très exposés au risque d'infection, comme les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et les prisonniers, continuent de rencontrer des obstacles pour accéder aux services de santé. Le secteur de la santé doit intensifier ses activités pour mettre des services de prévention à base factuelle à la disposition de ces groupes de population.

Il lui incombe également de garantir un meilleur suivi des personnes diagnostiquées séropositives au VIH pour qu'elles aient accès à des services de prévention des infections opportunistes et pour les maintenir dans un état de santé aussi bon que possible tout en prévenant la transmission du VIH.

1.B Intensifier les interventions dans les établissements de santé

Dans les établissements de santé, les patients et les soignants continuent d'être exposés à l'infection par le VIH. Les pays doivent s'assurer de l'application des précautions universelles contre la contamination, notamment le dépistage universel et avec assurance de qualité des produits sanguins et la sécurité des injections.

Il est également souhaitable que les pays étendent la disponibilité de la prophylaxie en cas d'exposition professionnelle ou non-professionnelle au virus dans les établissements de santé et qu'ils forment les prestataires de services à évaluer efficacement le risque d'exposition et à prendre en charge le suivi consécutif à l'exposition.

Les stratégies de lutte contre l'infection visant à prévenir la transmission de la tuberculose méritent davantage d'attention. Elles comprennent la préparation de plans de lutte contre la tuberculose, la recherche rapide des patients qui toussent, un diagnostic rapide de la maladie et une meilleure aération.

1.C Étendre les programmes de circoncision

Des essais ont montré que la circoncision réduit le risque de transmission du VIH de la femme à l'homme dans les pays enregistrant un taux élevé de transmission hétérosexuelle du virus et une faible prévalence de la circoncision. Pour élargir les programmes de circoncision dans ces conditions, l'intervention doit être pratiquée par du personnel formé, intégrée dans une stratégie de prévention globale et accompagnée d'informations précises sur les limites de la protection qu'elle confère.

2. Surmonter les obstacles à une meilleure connaissance du statut sérologique

Pour parvenir à un accès universel, personne ne doit plus ignorer son statut sérologique. Le conseil et dépistage à l'initiative du soignant dans les établissements de santé sont l'occasion d'élargir la couverture de ces services et d'orienter les patients vers les services de santé compétents. Les pays doivent aussi continuer de promouvoir les méthodes du conseil et du dépistage à l'initiative du patient et étendre les services de proximité aux groupes à risque et aux personnes qui ont un accès limité aux centres de santé.

3. Consolider et soutenir les activités pour étendre le traitement et les soins du VIH

3.A Exploiter les récents progrès dans l'expansion de l'accès au traitement

Beaucoup de pays à revenu faible ou intermédiaire, particulièrement en Afrique subsaharienne, ont élargi l'accès des adultes et des enfants au traitement antirétroviral. Néanmoins, le nombre de patients qui suivent un traitement antirétroviral est encore trop faible pour répondre aux besoins.

Pour étendre le traitement, les programmes nationaux doivent continuer d'assurer un accès toute leur vie durant aux patients qui suivent actuellement un traitement antirétroviral et desservir les autres personnes qui en ont besoin. Cela inclut les populations qui sont le plus difficilement atteignables, par exemple dans les zones rurales, et les groupes les plus exposés. En outre, avec une connaissance accrue du statut sérologique, les personnes vivant avec le VIH et pour qui le traitement antirétroviral est indiqué seront plus nombreuses à demander des services. Les partenaires internationaux doivent aider les pays à élargir l'accès au traitement par une approche de santé publique fondée sur une prise de décision clinique simplifiée, des schémas thérapeutiques standardisés et une prestation décentralisée et intégrée des services.

3.B Garantir un accès au traitement en temps utile et un bon niveau de rétention

Pour beaucoup d'adultes et d'enfants chez qui le traitement est indiqué, le diagnostic est posé à un stade trop avancé de la maladie, et beaucoup meurent avant d'avoir accès au traitement antirétroviral ou le commencent trop tard. Les pays doivent redoubler d'efforts afin que les patients soient orientés vers les services compétents pour une évaluation clinique après un diagnostic de séropositivité au VIH.

La faible rétention dans les programmes de traitement menace de saper les avantages de l'expansion des services de traitement antirétroviral et d'augmenter la pharmacorésistance. De meilleurs systèmes de suivi des patients, des ressources suffisantes et l'intégration des programmes de traitement dans d'autres services de santé sont les conditions préalables pour tirer le meilleur parti des progrès remarquables obtenus dans l'expansion du traitement antirétroviral.

À mesure que les programmes de traitement s'étendent, des recherches complémentaires seront nécessaires pour guider les décisions sur le moment où il faut commencer le traitement et son acceptabilité, son efficacité et l'utilisation optimale de schémas thérapeutiques de première intention. Il faut aussi disposer de données plus probantes sur les modalités par lesquelles l'approche de santé publique peut élargir l'accès au suivi de laboratoire pour les personnes sous traitement antirétroviral.

3.C Réduire le coût des schémas thérapeutiques de deuxième intention

Grâce aux efforts de partenaires bilatéraux et multilatéraux, le coût des schémas thérapeutiques de première intention a diminué, mais celui des schémas de deuxième intention demeure élevé. Ce coût doit être réduit à mesure que les activités d'expansion se poursuivent, puisqu'un nombre accru de personnes peuvent développer une résistance ou une toxicité liée aux schémas de première intention.

3.D Resserrer la collaboration pour riposter à la double épidémie de tuberculose et de VIH

Une action urgente et un ferme soutien politique sont nécessaires pour prévenir, diagnostiquer et traiter la tuberculose associée avec le VIH et éviter l'émergence de formes de tuberculose multirésistante et ultrarésistante. Tous les programmes nationaux doivent donner davantage la priorité à l'adoption et la mise en œuvre de la politique de l'OMS sur les activités de collaboration en matière de tuberculose et de VIH. Il faut arriver à des taux plus élevés de conseil et de dépistage du VIH chez les malades de la tuberculose pour élargir l'accès des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose au traitement antirétroviral et à la prophylaxie au cotrimoxazole. Les «trois I» (traitement préventif à l'isoniazide, intensification de la recherche de cas de tuberculose active et lutte contre l'infection par la tuberculose) sont essentiels pour accélérer la prévention et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

3.E Élargir l'accès aux soins, notamment à la prophylaxie au cotrimoxazole

Les pays doivent veiller à ce qu'une prophylaxie au cotrimoxazole soit proposée aux adultes, aux enfants et aux nourrissons exposés au VIH. Cette prophylaxie est sûre et c'est l'une des interventions les plus rentables pour les personnes vivant avec le VIH dans des environnements à ressources limitées. Pourtant, sa mise en œuvre a été lente, particulièrement dans les zones rurales. Il faut appliquer plus largement les politiques de prophylaxie au cotrimoxazole pour permettre à davantage d'enfants et d'adultes pris en charge pour le VIH, d'avoir accès à cette intervention.

3.F Préparer des stratégies globales pour prévenir, diagnostiquer et traiter la coinfection par l'hépatite virale et le VIH

La coinfection par le VIH, le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC) représente une grave menace de santé publique, en particulier en Europe orientale et en Asie centrale, où les taux de transmission du VIH par la consommation de drogues injectables sont élevés, de même que la prévalence du VHC. D'après les prévisions, la coinfection par le VIH, le VHB et le VHC devrait avoir une grande incidence ces prochaines années; les pays doivent donc consacrer davantage de ressources pour évaluer l'ampleur de la coinfection avec le VHB et le VHC chez les personnes vivant avec le VIH et élargir l'accès aux stratégies et politiques pour diagnostiquer, prévenir et traiter les hépatites. Cela comprend des mesures telles que l'amélioration de l'accès aux tests de diagnostic, l'application de programmes de réduction des risques et des politiques de sécurité des produits sanguins, la promotion de la vaccination contre l'hépatite B et l'accès aux traitements anti-hépatite B et anti-hépatite C.

4. Accélérer l'accès des femmes et des enfants à la prévention, au traitement et aux soins

4.A Resserrer les liens avec les services de santé maternelle, infantile et génésique

Les établissements de santé comme les services de santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant ainsi que les services de santé génésique, notamment la planification familiale, sont des points de contact essentiels pour assurer des services de prise en charge du VIH à l'intention des femmes et des enfants. Resserrer les liens opérationnels entre ces services permettra aux soignants de renforcer la prévention et les soins du VIH en faveur

des femmes et des enfants, et en particulier d'accroître le conseil et dépistage du VIH chez les femmes enceintes, le diagnostic précoce chez les enfants nés de mères séropositives et le traitement antirétroviral, les soins et le soutien aux femmes et aux enfants.

Les taux élevés de couverture des soins prénatals dans beaucoup de pays à forte prévalence donnent une excellente occasion d'élargir le dépistage et le conseil à l'initiative du soignant dans le cadre des examens prénatals complets. Les agents de santé doivent être formés et supervisés pour accroître le nombre de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique et qui peuvent bénéficier des interventions nécessaires.

4.B Élargir l'accès aux schémas prophylactiques antirétroviraux efficaces

Les progrès mondiaux pour garantir l'accès des femmes enceintes vivant avec le VIH aux médicaments antirétroviraux afin de prévenir la transmission du VIH à leur enfant sont encourageants. Les pays doivent poursuivre leurs efforts pour élargir l'accès à la prophylaxie antirétrovirale avec des schémas qui ont prouvé qu'ils étaient plus efficaces qu'une dose unique de névirapine.

4.C Garantir l'accès des femmes enceintes séropositives au traitement antirétroviral

Bien que l'accès aux médicaments antirétroviraux en vue de prévenir la transmission mère-enfant s'élargisse, toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH doivent aussi être examinées afin de déterminer si un traitement antirétroviral est indiqué pour leur propre santé. En identifiant et en traitant les femmes qui ont besoin d'un tel traitement, on réduira également la transmission et on évitera que des enfants deviennent orphelins.

4.D Améliorer le diagnostic chez le nourrisson et la disponibilité de soins et de traitement pour les enfants

La disponibilité de tests virologiques pour les nourrissons et la transmission ponctuelle des résultats doivent être améliorées pour que davantage d'enfants reçoivent les soins et les traitements nécessaires. Les pays doivent aussi continuer d'élargir la disponibilité de prophylaxie au cotrimoxazole afin de réduire la morbidité et la mortalité chez les nourrissons et les enfants vivant avec le VIH ou exposés au virus. De surcroît, les mères vivant avec le VIH doivent recevoir une information et des conseils appropriés concernant les pratiques sûres et optimales d'alimentation du nourrisson.

5. Mettre en œuvre des stratégies destinées à surmonter les faiblesses du système de santé

Investir en faveur de programmes de lutte contre le VIH peut renforcer les systèmes de santé si les interventions en matière de VIH sont correctement intégrées dans d'autres services de santé et alignées sur des processus de planification nationale de l'ensemble du secteur de la santé. Il y a lieu d'accorder davantage d'attention à l'intégration des services relatifs au VIH dans les soins de santé primaires, dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques, tout en veillant à ne pas compromettre la disponibilité du traitement et des soins pour les personnes vivant avec le VIH.

Les pays doivent investir pour renforcer les capacités des ressources humaines du secteur de la santé en formant les soignants, en décentralisant la prestation des services de santé, en déléguant les tâches pour corriger les pénuries de soignants.

Il est aussi conseillé aux pays de définir des stratégies pour renforcer les systèmes d'achat et d'approvisionnement en vue d'assurer un accès ininterrompu aux médicaments antirétroviraux. Des investissements supplémentaires et davantage de planification sont nécessaires pour consolider l'infrastructure des laboratoires et élargir l'accès aux diagnostics pour le dépistage du VIH et le suivi des patients.

6. Améliorer la création et l'utilisation d'informations stratégiques pour guider la riposte du secteur de la santé

La disponibilité de données épidémiologiques et d'informations sur l'accès aux interventions prioritaires du secteur de la santé s'améliore progressivement. Néanmoins, un surcroît d'investissement et de capacités sera nécessaire pour créer et utiliser une information de qualité dans plusieurs domaines essentiels, notamment :

- l'épidémiologie descriptive du VIH, y compris l'incidence du VIH ;
- l'existence et la couverture d'interventions essentielles du secteur de la santé telles que le conseil et dépistage du VIH, la prise en charge d'infections sexuellement transmissibles, les soins et l'accès aux services de santé pour les populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH ; et
- l'impact des interventions prioritaires sur la mortalité, l'incidence du VIH, la prévalence du virus et le renforcement du système de santé.

Plusieurs questions prioritaires de recherche opérationnelle doivent trouver une réponse pour que le secteur de la santé puisse garantir la prestation la plus efficace de ses interventions dans une approche de santé publique. Des ressources humaines plus nombreuses, une infrastructure de recherche étoffée et un renforcement de l'appui technique seront nécessaires pour le développement de recherches opérationnelles.

Annexe 1. Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral et ayant besoin d'un traitement antirétroviral, et taux de couverture, 2006–2007

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral, 2006 ^b	Mois et année du rapport ^c	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral, 2007 ^b	Mois et année du rapport ^c	Augmentation mensuelle moyenne du nombre de personnes ayant suivi un traitement antirétroviral l'année dernière ^d	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2007 ^e			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral d'après la méthodologie de l'ONUSIDA/OMS, 2007 ^e			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral, décembre 2007 ^e			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral d'après les rapports nationaux, 2007 ^e
						Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	
Afghanistan	0	sept.06	0	déc.07	0	0			...			...			...
Afrique du Sud	291 754 ^g	sept.06	428 951 ^g	sept.07	12 266	460 000	398 000	520 000	1 700 000	1 300 000	2 100 000	28%	22%	36%	889 000
Albanie	45	oct.06	74	déc.07	2	<100		<100	...			...			...
Algérie	588	nov.06	929	oct.07	32	1 000	900	1 000	4 900	2 700	10 000	20%	10%	36%	...
Angola	6 514 ^g	déc.06	11 540 ^g	déc.07	419	12 000	10 000	13 000	47 000	33 000	110 000	25%	11%	35%	45 287
Argentine	35 211	déc.06	38 242	déc.07	253	38 000	36 000	40 000	53 000	38 000	67 000	73%	57%	>95%	38 242
Arménie	47	déc.06	78	déc.07	3	<100		<100	660	<500	1 000	12%	8%	17%	860
Azerbaïdjan	7	déc.06	81	déc.07	6	<100		<100	580	<500	1 300	14%	6%	24%	...
Bangladesh	53	sept.06	178	déc.07	10	<200		<200	2 400	1 500	4 000	7%	4%	12%	1 125
Bélarus	638	déc.06	884	déc.07	21	900	800	1 000	4 300	3 000	6 200	21%	14%	29%	1 210
Belize	381	sept.06	558	déc.07	12	600	500	600	1 100	740	1 700	49%	32%	76%	...
Bénin	7 417	nov.06	9 765	déc.07	181	9 800	8 800	11 000	20 000	16 000	24 000	49%	41%	60%	21 706
Bhoutan	19	déc.06	18	déc.07	<1	<100		<100	...			...			...
Bolivie	382	déc.06	496	déc.07	10	<500		500	2 300	1 700	3 100	22%	16%	30%	1 055
Bosnie-Herzégovine	19	déc.06	30	déc.07	1	<100		<100	...			...			30
Botswana	79 490 ^g	déc.06	92 932 ^g	déc.07	1 120	93 000	86 000	99 000	120 000	100 000	130 000	79%	69%	91%	110 000
Brésil	174 270	déc.06	181 000	déc.07	561	181 000	172 000	190 000	230 000	190 000	260 000	80%	69%	>95%	...
Bulgarie	196	déc.06	221	déc.07	2	<500		<500	...			...			...
Burkina Faso	14 079	déc.06	15 888	sept.07	350	17 000	15 000	19 000	48 000	39 000	58 000	35%	29%	43%	...
Burundi	8 048	déc.06	10 894	déc.07	237	11 000	10 000	11 000	47 000	35 000	59 000	23%	18%	31%	23 532
Cambodge	20 131	déc.06	26 664	déc.07	544	27 000	25 000	28 000	40 000	34 000	47 000	67%	57%	80%	29 200
Cameroun	28 403	déc.06	45 817	déc.07	1 451	46 000	44 000	48 000	180 000	140 000	220 000	25%	21%	32%	86 453
Cap-Vert	223	déc.06	291	déc.07	6	<500		<500	...			...			1 028
Chili	7 782	déc.06	10 223	déc.07	203	10 000	9 200	11 000	12 000	9 100	16 000	82%	64%	>95%	9 023
Chine	31 140 ^g	déc.06	35 112 ^g	déc.07	331	35 000	33 000	37 000	190 000	120 000	290 000	19%	12%	29%	85 000
Colombie	17 540 ^g	déc.06	...		208	21 000	15 000	26 000	54 000	39 000	78 000	38%	27%	53%	...
Comores	5	déc.06	7	déc.07	<1	<100		<100	<100	<100	<100	...			8
Congo	3 186	déc.06	4 716	sept.07	80	5 000	3 700	6 200	29 000	23 000	35 000	17%	14%	21%	...
Costa Rica	2 866	déc.06	2 952	déc.07	7	3 000	2 700	3 200	2 800	1 600	4 600	>95%	64%	>95%	3 060
Côte d'Ivoire	36 348	déc.06	46 007	sept.07	1 935	52 000	49 000	54 000	190 000	150 000	230 000	28%	23%	35%	165 448

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral, 2006 ^b	Mois et année du rapport ^c	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral, 2007 ^b	Mois et année du rapport ^c	Augmentation mensuelle moyenne du nombre de personnes ayant suivi un traitement antirétroviral l'année dernière ^d	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2007 ^e			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral d'après la méthodologie de l'ONUSIDA/OMS, 2007 ^e			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral, décembre 2007			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral d'après les rapports nationaux, 2007 ^e
						Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute		
Croatie	291	déc.06	310	juin 07	2	<500		<500	...			...			...
Cuba	1 711	déc.06	3 106	déc.07	116	3 100	2 800	3 400	1 400	760	2 500	>95%	>95%		1 887
Djibouti	578	nov.06	705	déc.07	9	700	700	800	4 500	3 300	5 900	16%	12%	21%	...
Dominique	37	déc.06	39	déc.07	<1	<100		<100	...			...			53
Égypte	205	déc.06	209	déc.07	<1	<500	<200	<500	2 200	1 600	3 100	9%	7%	13%	...
El Salvador	4 712	déc.06	5 773	déc.07	88	5 800	5 500	6 100	11 000	7 800	63 000	51%	9%	74%	4 840
Équateur	1 700	sept.06	3 214	déc.07	101	3 200	2 900	3 500	7 600	4 500	13 000	42%	25%	71%	...
Érythrée	1 175	déc.06	1 301	déc.07	11	1 300	1 200	1 400	10 000	6 700	15 000	13%	9%	20%	12 940
Éthiopie	53 720	déc.06	90 212	déc.07	3 041	90 000	86 000	95 000	310 000	250 000	370 000	29%	25%	36%	260 000
ex-République yougoslave de Macédoine	11	déc.06	15	déc.07	<1	<100		<100	...			...			...
Fédération de Russie	14 681	déc.06	31 094	déc.07	1 368	31 000	30 000	33 000	190 000	120 000	300 000	16%	11%	25%	33 365
Fidji	...		28	déc.07	...	<100		<100	<200	<100	<200	...	...		...
Gabon	5 278	déc.06	6 373	déc.07	91	6 400	6 100	6 700	15 000	11 000	21 000	42%	30%	60%	14 598
Gambie	392	sept.06	423	déc.07	3	<500		<500	2 300	1 200	3 700	18%	12%	37%	4 787
Géorgie	267	déc.06	334	nov.07	5	<500		<500	<500	<200	<500	...	...		476
Ghana	9 420	nov.06	13 357	déc.07	303	13 000	13 000	14 000	87 000	69 000	110 000	15%	13%	19%	74 060
Grenade	33	déc.06	47	déc.07	1	<100		<100	...			...			129
Guatemala	6 030	déc.06	7 812	déc.07	149	7 800	7 400	8 200	21 000	15 000	28 000	37%	28%	51%	11 113
Guinée	4 699	déc.06	5 228	sept.07	144	5 700	5 100	6 200	21 000	15 000	27 000	27%	21%	37%	23 250
Guinée-Bissau	349	déc.06	890	déc.07	45	900	800	1 000	4 400	2 900	6 600	20%	14%	30%	3 171
Guinée équatoriale	396	nov.06	859	sept.07	42	1 000	1 000	1 200	3 100	2 300	4 300	31%	23%	43%	...
Guyana	1 569	déc.06	1 965	déc.07	33	2 000	1 900	2 100	4 300	3 200	6 000	45%	33%	61%	3 240
Haïti	8 796	déc.06	14 514	déc.07	477	15 000	14 000	15 000	36 000	29 000	43 000	41%	33%	51%	...
Honduras	4 674	déc.06	5 580	déc.07	76	5 600	5 000	6 100	12 000	7 900	19 000	47%	29%	71%	9 916
Hongrie	412	déc.06	452	déc.07	3	<500		<500	2 000	1 200	3 600	22%	13%	38%	...
Îles Cook	...		...		...	...			...			...			...
Îles Marshall	...		1	déc.07	<1	<100		<100	...			...			...
Îles Salomon	...		3	déc.07	<1	<100		<100	...			...			...
Inde	90 597 ^g	déc.06	158 020 ^{h,i}	déc.07	5 619	158 000	138 000	178 000	...			...			...
Indonésie	5 100	déc.06	...		122	6 600	5 000	8 300	43 000	23 000	84 000	15%	8%	28%	...
Iran (République islamique d')	522	sept.06	829	août 07	28	900	900	1 000	19 000	13 000	26 000	5%	4%	7%	8 730
Iraq	0	juin 06	0	déc.07	0	0			...			...			...

Jamahiriya arabe libyenne	450	déc.05	1 000	déc.07	23	1 000	900	1 100	...	6 000	11 000	...	32%	60%	...
Jamaïque	2 633	déc.06	3 637	déc.07	84	3 600	3 300	4 000	8 500	6 000	11 000	43%	32%	60%	6 000
Jordanie	45	sept.06	53	déc.07	1	<100		<100	...			...			...
Kazakhstan	326	déc.06	442	déc.07	10	<500		<500	1 900	1 200	3 200	23%	14%	36%	1 078
Kenya	125 026 ^o	déc.06	177 000 ^o	déc.07	4 331	177 000	166 000	188 000	470 000 ⁱ	370 000	570 000	38%	31%	48%	407 000
Kirghizistan	47	déc.06	87	déc.07	3	<100		<100	610	<500	1 100	14%	8%	26%	345
Kiribati	...		5	déc.07	<1	<100		<100	...			...			...
Lesotho	14 579	août 06	21 710	déc.07	446	22 000	20 000	24 000	85 000	66 000	100 000	26%	21%	33%	84 791
Lettonie	301	déc.06	323	mai 07	4	<500		<500	2 200	1 500	3 400	15%	9%	22%	763
Liban	213	déc.06	246	déc.07	3	<500		<500	940	550	2 300	26%	11%	45%	432
Libéria	715	sept.06	1 414	déc.07	47	1 400	1 300	1 600	8 500	6 100	17 000	17%	9%	23%	...
Lituanie	75	déc.06	98	déc.07	2	<100		<200	550	<500	1 200	18%	8%	31%	311
Madagascar	89	nov.06	138	déc.07	3	<200		<200	3 200	2 000	5 400	4%	3%	7%	1 206
Malaisie	2 700	<05	6 590	oct.07	86	6 800	6 100	7 400	20 000	14 000	28 000	35%	24%	49%	...
Malawi	59 980 ^o	déc.06	100 649 ^o	déc.07	3 389	101 000	96 000	106 000	290 000	240 000	340 000	35%	29%	42%	252 720
Maldives	1	déc.06	...		0	<100		<100	<100	<100	<100	...			...
Mali	11 508	déc.06	12 172	nov.07	226	12 000	12 000	13 000	30 000	24 000	38 000	41%	32%	51%	31 198
Maroc	1 370	déc.06	1 648	déc.07	23	1 600	1 500	1 800	5 300	3 700	7 900	31%	21%	44%	2 230
Maurice	243	déc.06	321	déc.07	17	<500		<500	1 500	1 000	2 400	22%	14%	32%	1 200
Mauritanie	256	déc.06	839	déc.07	49	800	800	900	3 600	2 100	6 300	23%	13%	40%	1 627
Mexique	39 295	déc.06	...		313	43 000	32 000	54 000	76 000	54 000	110 000	57%	40%	80%	...
Micronésie (États fédérés de)	...		1	déc.07	<1	<100		<100	...			...			...
Moldova	262	déc.06	464	déc.07	17	<500		<500	800	540	1 100	58%	43%	86%	856
Mongolie	2	nov.06	3	déc.07	<1	<100		<100	<100	<100	<100	...			26
Monténégro	26	déc.06	...		0	<100		<100	...			...			...
Mozambique	37 133	oct.06	85 822	nov.07	3 745	90 000	85 000	94 000	370 000	290 000	460 000	24%	20%	31%	294 986
Myanmar	4 845	sept.06	11 100	déc.07	416	11 000	10 000	12 000	76 000	55 000	100 000	15%	11%	20%	...
Namibie	33 593	déc.06	52 316	déc.07	1 394	52 000	50 000	55 000	59 000	48 000	72 000	88%	73%	>95%	...
Nauru	...		...		...	...			...			...			...
Népal	522	nov.06	1 240	sept.07	64	1 400	1 300	1 600	20 000	13 000	30 000	7%	5%	11%	19 200
Nicaragua	387	déc.06	522	déc.07	11	500	<500	600	1 700	1 200	4 700	30%	11%	43%	1 233
Niger	1 168	déc.06	1 474	oct.07	31	1 500	1 500	1 600	16 000	12 000	22 000	10%	7%	13%	8 929
Nigéria	95 008 ^o	déc.06	145 392 ^o	sept.07	7 434	198 000	144 000	252 000	750 000	550 000	1 100 000	26%	17%	36%	...
Nioué	...		...		...	...			...			...			...
Oman	225	janv.06	260	déc.07	3	<500		<500	...			...			...
Ouganda	89 193	sept.06	111 232	sept.07	1 372	115 000	110 000	121 000	350 000	290 000	430 000	33%	27%	40%	312 000

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral, 2006 ^b	Mois et année du rapport ^c	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral, 2007 ^b	Mois et année du rapport ^c	Augmentation mensuelle moyenne du nombre de personnes ayant suivi un traitement antirétroviral l'année dernière ^d	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2007 ^e				Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral d'après la méthodologie de l'ONUSIDA/OMS, 2007 ^e				Estimation de la couverture du traitement antirétroviral, décembre 2007			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral d'après les rapports nationaux, 2007 ^e
						Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	
Ouzbékistan	259	déc.06	...		5	<500	<500	1 400	630	3 500	24%	9%	51%	...	...	...	...
Pakistan	164	nov.06	550	déc.07	32	600	600	500	13 000	34 000	3%	2%	4%	...	...	...	7 400
Palaos	2	déc.06	3	déc.07	<1	<100	<100	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3
Panama	2 835	déc.06	3 994	déc.07	97	4 000	4 400	3 600	5 600	9 300	56%	43%	71%	...	...	...	6 500
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1 098	déc.06	2 250	déc.07	96	2 300	2 400	2 100	5 000	6 800	38%	33%	45%	...	...	...	6 348
Paraguay	1 018	sept.06	1 053	nov.07	3	1 100	1 200	1 000	2 900	8 800	22%	12%	37%	...	...	...	3 066
Pérou	8 424	déc.06	10 860	déc.07	203	11 000	12 000	9 800	17 000	30 000	48%	36%	62%	...	...	...	...
Philippines	170	déc.06	336	déc.07	14	<500	<500	1 100	740	1 500	31%	22%	45%	...	...	...	600
Pologne	3 072	déc.06	3 382	déc.07	26	3 400	3 600	3 200	5 500	17 000	36%	20%	62%	...	...	...	4 390
République arabe syrienne	60	déc.05	75	déc.07	1	<100	<100	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République centrafricaine	2 782	déc.06	8 037	sep.07	518	9 600	10 000	9 100	36 000	54 000	21%	18%	27%	...	...	...	36 920
République démocratique du Congo	17 561	déc.06	...		947	29 000	30 000	27 000	99 000	150 000	24%	20%	29%	...	...	...	347 490
République démocratique populaire lao	479	déc.06	700	déc.07	18	700	900	500	<200	1 200	>95%	59%	>95%	...	...	...	...
République dominicaine	5 001	déc.06	8 199	déc.07	267	8 200	8 600	7 800	17 000	27 000	38%	31%	48%	...	...	...	...
République populaire démocratique de Corée	0	déc.06	...		...	0	...	...	...	...	0%	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	60 342	déc.06	135 696	déc.07	6 280	136 000	142 000	129 000	360 000	530 000	31%	26%	38%	...	...	...	1 867 918
Roumanie	6 790	déc.06	6 500	déc.07	- 24	6 500	6 800	6 200	5 400	10 000	73%	62%	>95%	...	...	...	6 418
Rwanda	34 636 ^g	déc.06	48 569 ^g	déc.07	1 161	49 000	51 000	46 000	58 000	78 000	71%	62%	84%	...	...	...	...
Sainte-Lucie	50	déc.06	72	sep.07	2	<100	<100	...	...	...	...	...	...	...	...	...	384
Saint-Kitts-et-Nevis	39	déc.06	...		1	<100	<100	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines	74	sept.06	...		2	<100	<200	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Samoa	...		6	déc.07	<1	<100	<100	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sao Tomé-et-Príncipe	51	déc.06	74	déc.07	2	<100	<100	...	...	...	...	...	...	...	...	...	300
Sénégal	5 500	déc.06	6 699	déc.07	100	6 700	7 400	6 000	9 600	15 000	56%	44%	70%	...	...	...	10 465
Serbie	608	déc.06	628	mai 07	2	600	800	500	2 100	7 700	17%	8%	30%	...	...	...	...
Seychelles	82	déc.06	...		1	<100	<200	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sierra Leone	1 416	déc.06	2 649	déc.07	103	2 600	2 900	2 400	9 000	20 000	20%	13%	30%	...	...	...	...
Slovaquie	96	déc.06	98	juin 07	<1	<100	<200	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	111	déc.06	211	déc.07	8	<500	<500	6 300	3 500	11 000	...	...	...	...	...	...	...
Soudan	968	déc.06	1 198 ^k	déc.07	19	1 200	1 300	1 100	58 000	120 000	1%	1%	2%	...	...	...	...
Sri Lanka	69	déc.06	107	déc.07	3	<200	<200	<100	780	1 100	14%	10%	20%	...	...	...	776

Suriname	460	déc.06	729	déc.07	21	700	700	800	1 600	980	2 400	45%	29%	72%	...
Swaziland	17 160	oct.06	24 535	déc.07	503	25 000	23 000	26 000	59 000	49 000	68 000	42%	36%	50%	58 249
Tadjikistan	37	déc.06	86	déc.07	4	<100		<100	1 300	750	2 400	6%	4%	11%	79
Tchad	5 500	déc.06	7 400	déc.07	158	7 400	6 700	8 100	55 000	41 000	79 000	13%	9%	18%	21 000
Thaïlande	105 620 ⁹	sept.06	143 539 ⁹	sep.07	3 145	153 000	135 000	171 000	250 000	190 000	320 000	61%	47%	81%	252 387
Timor-Leste	...		0	déc.07	0	0			...			...			...
Togo	6 993	déc.06	7 980	déc.07	82	8 000	7 600	8 400	41 000	33 000	52 000	19%	16%	24%	26 232
Tonga	...		...		...	...			...			...			...
Tunisie	298	déc.06	...		0	<500		<500	1 000	760	1 500	29%	20%	39%	...
Turkménistan	0	déc.06	...		0	0			...			...			...
Turquie	685	déc.06	...		17	900	700	1 100	...			...			...
Tuvalu	...		1	déc.07	<1	<100		<100	...			...			1
Ukraine	4 777	déc.06	7 657	déc.07	240	7 700	7 300	8 000	91 000	69 000	120 000	9%	7%	11%	21 770
Uruguay	1 495	sept.06	1 776	déc.07	23	1 800	1 600	2 000	3 100	1 700	7 800	56%	23%	>95%	1 970
Vanuatu	2	oct.06	2	déc.07	0	<100		<100	...			...			...
Venezuela (République bolivarienne du)	15 417	déc.05	...		...	...	12 000	19 000	35 000	21 000	89 000	... ¹			...
Viet Nam	8 310	déc.06	14 969	sep.07	795	17 000	16 000	18 000	67 000	41 000	110 000	26%	17%	42%	49 960
Yémen	0	sept.06	107	déc.07	9	<200		<200	...			...			...
Zambie	82 030 ⁹	déc.06	151 199 ⁹	déc.07	5 764	151 000	143 000	159 000	330 000	270 000	380 000	46%	40%	56%	370 000
Zimbabwe	66 920 ⁹	déc.06	97 692 ⁹	déc.07	2 564	98 000	93 000	103 000	570 000	440 000	690 000	17%	14%	22%	260 000

Pays à revenu élevé	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral ^b	Mois et année du rapport ^c	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral ^b	Mois et année du rapport ^c
Allemagne	27 000	déc.06	...	
Andorre	24	déc.06	...	
Antigua-et-Barbuda	114	sept.06	148	sept.07
Arabie saoudite	...		...	
Australie	...		...	
Autriche	2 101	déc.05	...	
Bahamas	1252	déc.06	1244	sept.07
Bahreïn	...		...	
Barbade	623	déc.06	660	juin 07
Belgique	6 450	avril 06	...	
Brunei Darussalam	...		...	
Canada	21 000	sept.06	...	
Chypre	...		151	déc.07
Danemark	2 800	déc.06	...	
Émirats arabes unis	...		...	
Espagne	77 500	déc.06	...	
Estonie	495	déc.06	772	déc.07
États-Unis d'Amérique	268 000	<05	...	
Finlande	450	août 06	...	
France	52 600	<05	...	
Grèce	...		3 500	déc.07
Irlande	1 600	déc.05	...	
Islande	100	<05	...	
Israël	2 431	déc.06	...	
Italie	81 600	<05	...	
Japon	48	déc.06	...	
Koweït	...		...	
Luxembourg	312	déc.06	...	
Malte	...		65	juin 07
Monaco	45	déc.05	...	
Norvège	900	déc.05	...	
Nouvelle-Zélande	...		...	

Pays à revenu élevé	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral ^b	Mois et année du rapport ^c	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral ^b	Mois et année du rapport ^c
Pays-Bas	...		7 919	avril 07
Portugal	18 679	déc.05	...	
Qatar	...		...	
République de Corée	...		...	
République tchèque	570	déc.06	570	juin 07
Royaume-Uni	36 000	juin 06	...	
Saint-Marin	...		...	
Singapour	...		...	
Slovénie	147	déc.06	157	juill.07
Suède	2 800	déc.06	...	
Suisse	...		...	
Trinité-et-Tobago	2 133	déc.06	2 592	déc.07

- Données non disponibles ou sans objet
- ... Voir le classement des pays par revenu, niveau d'épidémie et région géographique de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'UNICEF
- a De plus en plus de pays indiquent le nombre d'enfants âgés de 15 ans qui reçoivent un traitement antirétroviral, et ceux-ci sont inclus dans ce tableau. Pour une ventilation des données sur le traitement antirétroviral par âge et par sexe, voir l'annexe 2.
- b La mention <05 signifie que des données existent, mais qu'aucune mise à jour n'a été reçue depuis décembre 2004. Ces données doivent être interprétées avec prudence car elles peuvent refléter la situation au début de 2004 ou même en 2003.
- c L'augmentation mensuelle du nombre de personnes sous traitement antirétroviral au cours, le plus souvent, des six derniers mois de 2007, se calcule en prenant deux chiffres récents en 2007 aussi distants que possible et en appliquant une projection linéaire pour chaque mois jusqu'en décembre 2007. Pour les pays qui disposent de données à la fois pour décembre 2006 et 2007, l'augmentation mensuelle est calculée en divisant l'augmentation en une année par 12. À l'exception du Botswana et du Zimbabwe, le taux de croissance mensuelle calculé ne s'applique qu'à la croissance dans le secteur public. Pour les pays qui n'ont pas communiqué de données sur le traitement en 2007, la croissance mensuelle figure en italiques.
- d Les besoins ont été estimés selon les méthodes décrites dans les notes explicatives des annexes. Les estimations pour des pays donnés peuvent varier en fonction de la méthode locale employée.
- e L'estimation de la couverture est basée sur l'estimation non arrondie du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral et de l'estimation non arrondie des besoins en traitement antirétroviral (selon la méthodologie ONUSIDA/OMS). Les marges dans les estimations de la couverture sont basées sur les limites de plausibilité dans le dénominateur, c'est-à-dire les estimations basses et hautes des besoins.
- f Aucune couverture n'a été calculée quand les besoins ont été estimés à moins de 500.
- g Les données relatives au secteur privé ont été incluses dans le total.

Pays	2006	Jun-07
Afrique du Sud	110 000	100 000
Angola	300	300
Botswana	8 500	9 514
Chine ¹	500	500
Colombie	1 000	...
Inde	35 000	35 000
Kenya	5 000	5 000
Malawi	2 624	3 937
Nigéria	5 000	30 000
Rwanda	500	500
Thaïlande	10 000	10 000
Zambie	2 000	2 000
Zimbabwe	6 000	10 000

1. projet de la Banque mondiale.
- h Le Gouvernement a rapporté que 118 052 personnes suivaient un traitement antirétroviral dans 137 sites du secteur public en décembre 2007. Environ 5000 suivaient un traitement dans 10 sites gérés par des organisations non gouvernementales et des centres de santé intersectoriels. Environ 35 000 personnes supplémentaires suivaient un traitement dans le secteur privé informel. On estime au total que 158 000 (138 000–178 000) personnes suivaient un traitement antirétroviral à la fin 2007, y compris les personnes inscrites dans des établissements privés.
- i Les estimations du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral est en cours de révision et sera ajusté, selon que de besoin, sur la base du recueil et de l'analyse de données en cours.
- j Inclut une estimation de 100 000 dans le secteur privé. Le Département de la Santé a fait état d'un chiffre cumulé de 371 731 pour le secteur public en septembre 2007. L'OMS/ONUSIDA ont ajusté les chiffres du secteur public pour tenir compte de la déperdition.
- k Deux rapports séparés ont été reçus pour le Soudan : Soudan septentrional, 895 ; Sud Soudan, 303.
- l Le calcul de la couverture n'a pas été possible car aucune donnée n'a été communiquée depuis décembre 2005.

Annexe 2. Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire , par sexe et par âge

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre déclaré d'hommes et de femmes suivant un traitement antirétroviral					Nombre déclaré d'adultes et d'enfants suivant un traitement antirétroviral ^b				
	Mois et année du rapport	Hommes	% du total	Femmes	% du total	Mois et année du rapport	Enfants (< de 15 ans)	% du total	Adultes (+ de 15 ans)	% du total
Afghanistan	déc.07	0		0		déc.07	0		0	
Afrique du Sud	sept.07 ^c	73 882	36%	130 401	64%	sept.07 ^c	32 060	9%	339 671	91%
Albanie		...		...		déc.07	12	16%	62	84%
Algérie		...		...		oct.07	45	5%	884	95%
Angola		...		...		déc.07	363	3%	10 877	97%
Argentine	déc.07	22 557	59%	15 685	41%	déc.07	3 654	10%	34 588	90%
Arménie	déc.07	52	67%	26	33%	déc.07	4	5%	74	95%
Azerbaïdjan		...		...		déc.07	0	0%	81	100%
Bangladesh		...		...			...		...	
Bélarus	déc.07	655	74%	229	26%	déc.07	69	8%	815	92%
Belize	déc.07	263	47%	295	53%	déc.07	65	12%	493	88%
Bénin		...		...		déc.07	542	6%	9 223	94%
Bhoutan	déc.07	10	56%	8	44%	déc.07	0	0%	18	100%
Bolivie	déc.07	345	70%	151	30%	déc.07	22	4%	474	96%
Bosnie-Herzégovine	déc.07	22	73%	8	27%	déc.07	1	3%	29	97%
Botswana	déc.07	32 623	39%	50 795	61%	déc.07	9 496	11%	73 922	89%
Brésil	déc.07	109 057	60%	71 943	40%	déc.07	6 815	4%	174 185	96%
Bulgarie	déc.07	150	68%	71	32%	déc.07	3	1%	218	99%
Burkina Faso	sept.07	5 084	32%	10 804	68%	sept.07	629	4%	15 259	96%
Burundi	déc.07	3 486	32%	7 408	68%	déc.07	1 198	11%	9 696	89%
Cambodge	déc.07	13 118	49%	13 546	51%	déc.07	2 541	10%	24 123	90%
Cameroun	déc.07	16 036	35%	29 781	65%	déc.07	1 694	4%	44 123	96%
Cap-Vert	déc.07	125	43%	166	57%	déc.07	23	8%	268	92%
Chili	déc.07	8 495	83%	1 728	17%		...		...	
Chine	déc.07 ^d	19 245	56%	15 148	44%	déc.07	766	2%	33 846	98%
Colombie		...		...			...		...	
Comores	déc.07	4	57%	3	43%	déc.07	1	14%	6	86%
Congo	déc.07	1 886	40%	2 830	60%	déc.07	462	10%	4 254	90%
Costa Rica		...		...			...		...	
Côte d'Ivoire	sept.07 ^c	12 349	35%	22 525	65%	sept.07 ^c	1 785	5%	33 089	95%
Croatie	déc.06 ^e	232	80%	59	20%	déc.06 ^e	5	2%	286	98%
Cuba		...		...		déc.07	17	1%	3 089	99%
Djibouti	déc.07	343	49%	362	51%	déc.07	25	4%	680	96%
Dominique	déc.07 ^c	9	24%	28	76%	déc.07	2	5%	37	95%
Égypte		...		...			...		...	
El Salvador	déc.07 ^c	2 136	48%	2 315	52%	déc.07 ^c	693	16%	3 758	84%
Équateur		...		...		déc.07	252	8%	2 962	92%
Érythrée		...		...		déc.07	65	5%	1 236	95%
Éthiopie	déc.07	40 138	45%	50 074	56%	déc.07	4 534	5%	85 678	95%
ex-République yougoslave de Macédoine	déc.07	4	27%	11	73%	déc.07	1	7%	14	93%
Fédération de Russie		...		...		janv.06 ^e	330	7%	4 520	93%
Fidji		...		...		déc.07	1	4%	27	96%
Gabon	déc.07	2 886	45%	3 487	55%	déc.07	73	1%	6 300	99%
Gambie		...		...			...		...	
Géorgie	nov.07	239	72%	95	28%	nov.07	15	4%	319	96%
Ghana		...		...		déc.07	576	4%	12 781	96%
Grenade	déc.07 ^c	24	53%	21	47%	déc.07	2	4%	45	96%
Guatemala		...		...		déc.07	597	8%	7 215	92%
Guinée	sept.07	2 296	44%	2 932	56%	sept.07	307	6%	4 921	94%
Guinée-Bissau	déc.07	321	36%	569	64%	déc.07	41	5%	849	

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre déclaré d'hommes et de femmes suivant un traitement antirétroviral					Nombre déclaré d'adultes et d'enfants suivant un traitement antirétroviral ^b				
	Mois et année du rapport	Hommes	% du total	Femmes	% du total	Mois et année du rapport	Enfants (< de 15 ans)	% du total	Adultes (+ de 15 ans)	% du total
Guinée équatoriale		...		...			...		...	95%
Guyana	déc.07	894	46%	1 071	55%	déc.07	162	8%	1 803	92%
Haïti	déc.07	6 240	43%	8 274	57%	sept.06 ^e	439	5%	7 597	95%
Honduras		...		...		déc.07	751	13%	4 829	87%
Hongrie	déc.07	381	84%	71	16%	déc.07	7	2%	445	98%
Îles Cook		...		...			...		...	
Îles Marshall		...	...	...			...		...	
Îles Salomon		...		...			...		...	
Inde	déc.07 ^f	73 061	64%	40 888	36%	déc.07	8 887	7%	114 133	93%
Indonésie		...		...			...		...	
Iran (République islamique d')	août 07	697	84%	132	16%	août 07	21	3%	808	97%
Iraq	déc.07	0		0		déc.07	0		0	
Jamahiriya arabe libyenne		...		...			...		...	
Jamaïque		...		...		sept.06 ^e	223	10%	2 122	90%
Jordanie	déc.07	42	79%	11	21%	déc.07	4	8%	49	92%
Kazakhstan	déc.07	283	64%	159	36%	déc.07	71	16%	371	84%
Kenya	déc.07	60 200	35%	111 800	65%	déc.07	15 090	9%	156 910	91%
Kirghizistan	déc.07	67	77%	20	23%	déc.07	26	30%	61	70%
Kiribati		...		...			...		...	
Lesotho	déc.07	7 582	35%	14 128	65%	déc.07	1 553	7%	20 157	93%
Lettonie	déc.06 ^e	181	60%	120	40%	déc.06 ^e	14	5%	287	95%
Liban	déc.07	192	78%	54	22%	déc.07	9	4%	237	96%
Libéria		...		...			...		...	
Lituanie	déc.07	81	83%	17	17%	déc.07	1	1%	97	99%
Madagascar		...	...	...			...		...	
Malaisie		...		...			...		...	
Malawi	sept.07 ^c	51 204	39%	79 284	61%	sept.07 ^c	10 238	8%	120 250	92%
Maldives		...		...		déc.06	0	0%	1	100%
Mali	nov.07	4 369	36%	7 803	64%	nov.07	579	5%	11 593	95%
Maroc	déc.07	867	53%	781	47%	déc.07	58	4%	1 590	97%
Maurice		...		...			...		...	
Mauritanie	déc.07	469	56%	370	44%	déc.07	23	3%	816	97%
Mexique		...		...			...		...	
Micronésie (États fédérés de)		...		...			...		...	
Moldova	déc.07	261	56%	203	44%	déc.07	19	4%	445	96%
Mongolie	déc.07	3	100%	0	0%	déc.07	0	0%	3	100%
Monténégro	déc.06 ^c	17	81%	4	19%	déc.06	2	8%	24	92%
Mozambique	nov.07	32 990	38%	52 832	62%	nov.07	6 320	7%	79 502	93%
Myanmar	déc.07	6 634	60%	4 466	40%		...		...	
Namibie	sept.07 ^{c,e}	13 783	35%	25 939	65%	sept.07 ^{c,e}	5 283	13%	34 439	87%
Nauru		...		...			...		...	
Népal	sept.07	762	61%	478	39%	sept.07	51	4%	1 189	96%
Nicaragua	déc.07	336	64%	186	36%	déc.07	45	9%	477	91%
Niger	oct.07	723	49%	751	51%	oct.07	62	4%	1 412	96%
Nigéria	sept.07 ^c	40 643	38%	65 429	62%	déc.07	15 345	20%	61 381	80%
Nioué		...		...			...		...	
Oman	déc.07	200	77%	60	23%	janv.06 ^e	25	11%	200	89%
Ouganda	sept.07 ^c	30 943	37%	52 606	63%	sept.07	8 532	8%	102 700	92%
Ouzbékistan		...		...			...		...	
Pakistan	déc.07	415	75%	135	25%	déc.07	21	4%	529	96%

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre déclaré d'hommes et de femmes suivant un traitement antirétroviral					Nombre déclaré d'adultes et d'enfants suivant un traitement antirétroviral ^b				
	Mois et année du rapport	Hommes	% du total	Femmes	% du total	Mois et année du rapport	Enfants (< de 15 ans)	% du total	Adultes (+ de 15 ans)	% du total
Palaos	déc.07	1	33%	2	67%	déc.07	0	0%	3	100%
Panama		...		...		sept.06 ^e	167	6%	2 726	94%
Papouasie-Nouvelle-Guinée	déc.07	1 037	46%	1 213	54%	déc.07	185	8%	2 065	92%
Paraguay	nov.07 ^c	678	71%	271	29%	nov.07	104	10%	949	90%
Pérou		...		...		déc.07 ^c	322	4%	7 721	96%
Philippines	déc.07	134	40%	202	60%	déc.07	4	1%	332	99%
Pologne	déc.07	2 392	71%	990	29%	déc.07	118	3%	3 264	97%
République arabe syrienne	déc.07	57	76%	18	24%	déc.07	4	5%	71	95%
République centrafricaine	sept.07	3 215	40%	4 822	60%	sept.07 ^c	380	6%	5 876	94%
République démocratique du Congo	déc.06	8 397	48%	9 164	52%	déc.06	527	3%	17 034	97%
République démocratique populaire lao	déc.07	427	61%	273	39%	déc.07	36	5%	664	95%
République dominicaine	déc.07 ^c	3 661	49%	3 803	51%	déc.07	589	7%	7 610	93%
République populaire démocratique de Corée		...		...			...		...	
République-Unie de Tanzanie	sept.07 ^c	30 100	36%	53 346	64%	déc.07 ^e	11 176	8%	124 520	92%
Roumanie	déc.07 ^c	3 231	50%	3 187	50%	déc.07	196	3%	6 304	97%
Rwanda	déc.07	17 980	37%	30 089	63%	déc.07	4 350	9%	43 719	91%
Sainte-Lucie	sept.07	40	56%	32	44%	sept.07	2	3%	70	97%
Saint-Kitts-et-Nevis		...		...			...		...	
Saint-Vincent-et-les Grenadines		...		...			...		...	
Samoa		...		...			...		...	
Sao Tomé-et-Principe	déc.07	27	36%	47	64%	déc.07	2	3%	72	97%
Sénégal	déc.07	2 220	33%	4 479	67%	déc.07	384	6%	6 315	94%
Serbie	déc.06 ^e	360	60%	240	40%	déc.06 ^e	14	2%	586	98%
Seychelles		...		...			...		...	
Sierra Leone		...		...			...		...	
Slovaquie	juin 07 ^c	79	82%	17	18%	juin 07	0	0%	98	100%
Somalie	déc.07	86	41%	125	59%	déc.07	5	2%	206	98%
Soudan		...		...			...		...	
Sri Lanka		...		...			...		...	
Suriname		...		...		déc.07	58	8%	650	92%
Swaziland	juin 07 ^e	7 702	37%	12 908	63%	déc.07	2 123	9%	22 412	91%
Tadjikistan	déc.07	57	66%	29	34%	déc.07	4	5%	82	95%
Tchad	déc.07	2 738	37%	4 662	63%	déc.07	148	2%	7 252	98%
Thaïlande		...		...		sept.07	6 687	5%	126 852	95%
Timor-Leste		...		...			...		...	
Togo	déc.07	2 793	35%	5 187	65%	déc.07	559	7%	7 421	93%
Tonga		...		...			...		...	
Tunisie	déc.06	204	68%	94	32%	déc.06	3	1%	295	99%
Turkménistan	déc.06	0		0		déc.06	0		0	
Turquie	déc.06	519	76%	166	24%	déc.06	5	1%	680	99%
Tuvalu		...		...			...		...	
Ukraine	déc.07	4 111	54%	3 546	46%	déc.07	908	12%	6 749	88%
Uruguay		...		...		sept.06	70	5%	1 355	95%
Vanuatu		...		...			...		...	
Venezuela (République bolivarienne du)		...		...			...		...	
Viet Nam	sept.07 ^c	6 872	76%	2 118	24%	sept.07	789	5%	14 180	95%
Yémen	déc.07	69	64%	38	36%	déc.07	1	1%	106	99%
Zambie	déc.07	65 648	44%	83 551	56%	déc.07	11 602	8%	137 597	92%
Zimbabwe	déc.07 ^c	32 377	38%	52 837	62%	déc.07 ^c	8 237	10%	77 479	90%

... Données non disponibles ou sans objet

a Voir le classement du pays par revenu, niveau d'épidémie et région géographique de l'OMS, l'ONUSIDA et de l'UNICEF.

b Des données plus récentes sur les enfants suivant un traitement antirétroviral, qui n'ont pas été communiquées comme données ventilées par groupe d'âge, sont présentées ci-dessous :

Pays	Mois et année du rapport	Enfants (< de 15 ans)
Bangladesh	déc.06	1
Burkina Faso	déc.07	658
Colombie	déc.07	3
Costa Rica	déc.06	52
Égypte	déc.07	18
Gambie	déc.06	83
Haiti	déc.06	867
Indonésie	déc.07	19
Jamaïque	sept.07	336
Libéria	sept.07	92
Madagascar	déc.06	0
Malaisie	déc.07	500
Malawi	déc.07	10 439
Mexique	déc.06	176
Monténégro	déc.07	1
Myanmar	déc.06	287
Niger	déc.07	104
Ouzbékistan	déc.07	225
Panama	déc.06	214
République centrafricaine	déc.07	417
République démocratique du Congo	déc.07	1 632
Sainte-Lucie	déc.07	2
Sierra Leone	déc.06	12
Sri Lanka	déc.06	0
Turquie	déc.07	9
Uruguay	déc.06	160
Venezuela (République bolivarienne du)	déc.06	611

c Les plus récentes données ventilées disponibles se rapportent à des ensembles de données partiels ou cumulés et ne reflètent pas les données au niveau national. Voir l'annexe 1 pour des données du niveau national.

d Cette ventilation exclut 219 personnes dont le sexe n'est pas enregistré. Voir annexe 1 pour des données au niveau national.

e Les dernières données ventilées disponibles ne sont pas aussi récentes que les dernières données notifiées pour le niveau national. Voir l'annexe 1 pour les dernières données notifiées au niveau national.

f Ces données ventilées excluent 184 adultes transsexuels et 8887 enfants (âgés de moins de 15 ans)

Annexe 3. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2007

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant ^b	Période	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, basée sur les méthodes ONUSIDA/OMS			Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant			Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, basée sur les rapports nationaux	Femmes enceintes testées pour le VIH		Nourrissons nés d'une mère vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant		Nourrissons nés d'une mère vivant avec le VIH qui ont reçu une prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons nés de mères vivant avec le VIH qui ont subi un test virologique dans les deux mois suivant leur naissance	
			Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute		Nombre déclaré	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture
Afrique du Sud	127 164 ^f	Janv. 07–Déc. 07	220 000	180 000	260 000	57%	49%	69%	290 000	707 948 ^d	64%	89 962 ^d	41%	...	...	...	...
Albanie	...		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Algérie	19	Janv. 07–Déc. 07	<500	<200	660	...	3%	12%	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Angola	1 645	Janv. 07–Déc. 07	18 000	13 000	22 000	9%	7%	13%	22 332	57 605 ^d	7%	899 ^d	5%	...	...	...	...
Argentine	2 193	Janv. 07–Déc. 07	1 700	1 200	2 400	...	93%	>95%	2 530	584 000 ^d	85%	50 ^d	3%	...	...	2 148 ^d	>95%
Arménie	6	Janv. 07–Déc. 07	<100	<100	<100	...	19%	45%	6	34 364	>95%	7	35%	0	0%	0	0%
Azerbaïdjan	6	Janv. 07–Déc. 07	<100	<100	<200	...	4%	17%	...	162 565	>95%	1	1%	2	3%	4	6%
Bangladesh	5	Janv. 06–Déc. 06	<500	<200	<500	...	1%	5%	...	0 ^d	0%	5 ^d	2%	5	2%	0 ^d	0%
Biélorus	127	Janv. 07–Déc. 07	<100	<100	<200	...	90%	>95%	144	122 614	>95%	136	>95%	136	>95%	114 ^d	>95%
Belize	55	Janv. 07–Déc. 07	<200	<100	<500	...	24%	64%	57	6 345	91%	57	39%	9	6%	51	35%
Bénin	1 830	Janv. 07–Déc. 07	4 500	3 900	5 300	41%	35%	47%	1 158	83 776	23%	984	22%	984	22%	...	...
Bhoutan	...		...	...	...	...	...	...	...	2 244 ^d	...	0 ^d	...	0	...	0 ^d	...
Bolivie	34	Janv. 07–Déc. 07	<200	<200	<500	...	13%	24%	763	7 933 ^e	3%	28	15%	...	...	...	...
Bosnie-Herzégovine	0	Janv. 07–Déc. 07	...	...	...	...	...	...	1	1 198	3%	0	...	0	...	0	...
Botswana	12 419	Janv. 07–Déc. 07	11 000	10 000	12 000	>95%	>95%	>95%	...	35 970	77%	6 632	58%	9 489	83%	...	...
Brésil	6 188	Janv. 07–Déc. 07	8 600	5 600	13 000	...	49%	>95%	12 535	2 473 604	66%	4 386	79%	...	...	2 626	47%
Bulgarie	1	Janv. 07–Déc. 07	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Burkina Faso	1 480	Janv. 07–Déc. 07	8 300	6 800	10 000	18%	15%	22%	18 495	61 628	10%	1 366	16%	...	...	68	1%
Burundi	1 102	Janv. 07–Déc. 07	7 800	5 100	10 000	14%	11%	22%	18 010	17 422 ^d	5%	814 ^d	10%	814	10%	0 ^d	0%
Cambodge	505	Janv. 07–Déc. 07	1 600	1 200	2 000	...	25%	41%	4 509	72 450	19%	517	33%	203	13%	43	3%
Cameroun	7 516 ^f	Janv. 07–Déc. 07	34 000	22 000	42 000	22%	18%	34%	67 875	200 000 ^e	31%	4 948	14%	1 030	3%	...	...
Cap-Vert	51	Janv. 07–Déc. 07	...	...	...	...	...	...	99	6 097 ^d	41%	31 ^d	...	31 ^d	...	0 ^d	...
Chili	117	Janv. 07–Déc. 07	<500	<500	500	...	23%	45%	117	...	...	...	...	...	...	...	...
Chine	593	Janv. 07–Déc. 07	6 800	4 300	11 000	...	6%	14%	787	1 309 625 ^e	8%	683 ^g	10%	650 ^d	10%	...	...
Colombie	144	Janv. 07–Déc. 07	2 500	1 600	3 700	...	4%	9%	184	145 404	16%	131	5%	...	...	65	3%
Comores	0	Janv. 07–Déc. 07	<100	<100	<100	...	0%	0%	4	181 ^d	1%	0 ^d	0%	0 ^d	0%	0 ^d	0%
Congo	240	Janv. 07–Déc. 07	4 400	3 400	5 400	5%	4%	7%	1 617	5 549	4%	462	10%	462	10%	462	10%
Costa Rica	21	Janv. 06–Déc. 06	<200	<100	<500	...	9%	25%	37	61 000 ^d	76%	40 ^d	28%	40 ^d	28%	40 ^d	28%
Côte d'Ivoire	3 240 ^f	Janv. 07–Déc. 07	28 000	21 000	34 000	12%	9%	16%	21 977	48 574	7%	1 672	6%	...	...	...	...

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant ^b	Période	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, basée sur les méthodes ONUSIDA/OMS			Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant			Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, basée sur les rapports nationaux	Femmes enceintes testées pour le VIH		Nourrissons nés d'une mère vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant		Nourrissons nés d'une mère vivant avec le VIH qui ont reçu une prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons nés de mères vivant avec le VIH qui ont subi un test virologique dans les deux mois suivant leur naissance	
			Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute		Nombre déclaré	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture
Kirghizistan	3	Janv. 07–Déc. 07	<100	<100	<200	...	2%	8%	197	59 794	53%	1	1%	...	...	...	...
Kiribati	...		...			...			...	...		...		...		...	
Lesotho	3 966	Janv. 07–Déc. 07	12 000	11 000	14 000	32%	29%	36%	12 750	23 965	41%	2 767	22%	...	...	3 437	28%
Letonie	37	Janv. 07–Déc. 07	<100	<100	<200	...	33%	75%	38	...		...		...		...	
Liban	...		<100	<100	<100	...			...	...		...		...		...	
Libéria	224	Janv. 07–Déc. 07	3 100	2 400	3 900	7%	6%	9%	...	9 318	5%	197	6%	...	4%	4	0%
Lituanie	9	Janv. 07–Déc. 07	<100	<100	<100	...	27%	>95%	10	...		...		...		...	
Madagascar	25	Janv. 07–Déc. 07	<500	<500	760	...	3%	9%	1 521	66 983 ^d	9%	4 ^d	1%	2 ^d	0%	2 ^d	0%
Malaisie	183	Janv. 07–Déc. 07	1 300	770	2 000	...	9%	24%	158	380 346	68%	177	14%	...	...	177	14%
Malawi	23 158	Janv. 07–Déc. 07	73 000	64 000	82 000	32%	28%	36%	71 847	280 446	50%	12 039	17%	8 803	12%	2 435	3%
Maldives	...		<100	<100	<100	...			...	4 438	63%	...		...		...	
Mali	1 018	Janv. 07–Déc. 07	8 600	6 800	11 000	...	10%	15%	8 570	48 019 ^k	8%	602	7%	195 ^p	2%	63	1%
Maroc	42	Janv. 07–Déc. 07	<500	<500	550	...	8%	18%	544	...		...		...		...	
Maurice	19	Janv. 07–Déc. 07	<200	<100	<500	...	6%	23%	60	...		...		...		...	
Mauritanie	45	Janv. 07–Déc. 07	<500	<500	770	...	6%	20%	800	6 840 ^k	7%	21	5%	18	5%	0	0%
Mexique	146	Janv. 06–Déc. 06	3 100	2 000	4 900	...	3%	7%	...	...		146 ^d	5%	...		176 ^d	6%
Micronésie (États fédérés de)	...		...			...			...	...		...		...		...	
Moldova	73	Janv. 07–Déc. 07	<100	<100	<200	...	51%	>95%	86	36 879	84%	77	93%	0	0%	65	78%
Mongolie	0	Janv. 07–Déc. 07	<100	<100	<100	...	0%	0%	13	...		0	0%	0	0%	0	0%
Monténégro	1	Janv. 07–Déc. 07	...			...			...	...		1		...		...	
Mozambique	44 975	Janv. 07–Déc. 07	97 000	81 000	120 000	46%	39%	56%	150 995	366 281	43%	26 708	28%	...		585	1%
Myanmar	1 280 ^f	Janv. 07–Déc. 07	4 500	2 900	7 100	...	18%	44%	...	99 789 ^d	11%	1 008 ^d	22%	...		...	
Namibie	6 022	Janv. 06–Déc. 06	9 400	7 600	11 000	64%	53%	80%	...	42 322 ^d	80%	6 400 ^d	68%	...		...	
Nauru	...		...			...			...	...		...		...		...	
Népal	36	Oct. 06–Sept. 07	1 500	990	2 300	...	2%	4%	1 800	32 553	4%	34	2%	31	2%	0	0%
Nicaragua	43	Janv. 07–Déc. 07	<200	<100	<500	...	15%	44%	174	27 741 ^k	20%	43 ^k	26%	43 ^k	26%	43 ^k	26%
Niger	1 006 ^f	Janv. 07–Déc. 07	3 300	2 100	5 000	...	20%	48%	6 710	66 775	10%	278	9%	...		...	
Nigéria	12 278	Janv. 07–Déc. 07	190 000	130 000	240 000	7%	5%	10%	...	207 107	4%	4 259	2%	...		...	
Nioué	...		...			...			...	...		...		...		...	
Oman	...		...			...			...	...		...		...		...	

Ouganda	26 484	Janv. 07–Déc. 07	78 000	68 000	92 000	34%	29%	39%	91 000	476 994	34%	13 914	18%	...	5 437	7%
Ouzbékistan	95	Janv. 07–Déc. 07	<500	<200	840	...	11%	68%	...	58 063	9%	120	38%	...	...	...
Pakistan	5	Janv. 07–Déc. 07	2 300	1 500	3 700	...	<1%	<1%	...	3 249	0%	3	0%	0	4	0%
Palaos	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Panama	71 ¹	Janv. 07–Déc. 07	<500	<500	510	...	14%	29%	377	...	...	153 ^d	44%	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	84	Janv. 07–Déc. 07	1 900	1 800	2 100	4%	3%	5%	3 621	7 153	4%	25 ^d	1%	60	3%	0%
Paraguay	141 ¹	Janv. 07–Déc. 07	<500	<500	830	...	17%	57%	374	35 000 ^d	23%	86 ^d	19%	42	9%	12%
Pérou	502	Janv. 07–Déc. 07	1 300	890	1 800	...	28%	56%	...	284 923 ^d	49%	634 ^d	49%	...	...	...
Philippines	1	Janv. 07–Déc. 07	<200	<200	<500	...	<1%	<1%	2	798 ^e	0%	1	1%	0	0	0%
Pologne	63	Janv. 07–Déc. 07	<200	<100	<500	...	26%	85%	63	...	...	...	...	...	...	...
République arabe syrienne	0	Janv. 07–Déc. 07	...	...	...	...	...	...	...	4	0%	0	...	0	1	...
République centrafricaine	3 714 ¹	Janv. 07–Déc. 07	11 000	9 800	12 000	34%	30%	38%	36 093	25 517	16%	749	7%	443 ^d	117	1%
République démocratique du Congo	3 435	Janv. 07–Déc. 07	38 000	33 000	46 000	9%	8%	10%	68 865	130 009	4%	1 930	5%	170 ^d	...	...
République démocratique populaire lao	24	Janv. 07–Déc. 07	<200	<100	<500	...	9%	36%	235	1 860	1%	17	14%	16	14%	0%
République dominicaine	795	Janv. 07–Déc. 07	1 600	1 200	2 200	...	36%	65%	1 649	97 350	42%	872	53%	...	43	3%
République populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	31 863	Janv. 07–Déc. 07	100 000	91 000	110 000	32%	29%	35%	114 800	519 287 ¹	33%	21 093 ¹	21%	...	...	...
Roumanie	68	Janv. 07–Déc. 07	<500	<200	<500	...	22%	42%	70	81 439	38%	78 ^d	29%	78	29%	59%
Rwanda	6 485 ¹	Janv. 07–Déc. 07	11 000	9 100	13 000	60%	51%	71%	...	212 501 ^k	51%	5 951 ^k	55%	...	2 564	24%
Sainte-Lucie	11	Janv. 07–Déc. 07	...	...	...	...	...	...	14	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Kitts-et-Nevis	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Samoa	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sao Tomé-et-Principe	22	Janv. 07–Déc. 07	...	...	...	...	...	...	90	5 492	>95%	24	...	3 ^d	...	...
Sénégal	264	Janv. 07–Déc. 07	4 400	3 000	6 300	...	4%	9%	385	22 770 ^d	5%	...	...	...	...	...
Serbie	2	Janv. 06–Déc. 06	<100	<100	<200	...	2%	5%	...	7 500 ^d	6%	2 ^d	3%	0 ^d	2 ^d	3%
Seychelles	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sierra Leone	919	Janv. 07–Déc. 07	4 400	3 100	6 200	21%	15%	29%	520	52 258	20%	216	5%	66	2%	0%
Slovaquie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	11	Janv. 07–Déc. 07	940	510	1 700	...	<1%	2%	2 865	...	...	...	...	...	0 ^d	0%
Soudan	9 ^r	...	18 000	12 000	26 000	<1%	<1%	<1%	...	1 608	0%	2	0%	14	0%	0%
Sri Lanka	1	Janv. 06–Déc. 06	<100	<100	<100	...	1%	3%	55	3 200 ^d	1%	1 ^d	2%	1 ^d	2%	0%
Suriname	35	Janv. 06–Déc. 06	<200	<100	<200	...	18%	57%	...	7 156 ^d	80%	...	...	...	...	...
Swaziland	8 772	Janv. 07–Déc. 07	13 000	12 000	15 000	67%	60%	74%	13 178	33 838	>95%	7 376	56%	725 ^d	2 517	19%
Tadjikistan	9	Janv. 07–Déc. 07	<200	<100	<500	...	2%	11%	438	19 893	11%	9	5%	1	1%	1%

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant ^b	Période	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, basée sur les méthodes ONUSIDA/OMS			Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant			Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, basée sur les rapports nationaux		Femmes enceintes testées pour le VIH		Nourrissons nés d'une mère vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant		Nourrissons nés d'une mère vivant avec le VIH qui ont reçu une prophylaxe au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons nés de mères vivant avec le VIH qui ont subi un test virologique dans les deux mois suivant leur naissance	
			Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Nombre déclaré	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture
Tchad	254	Janv. 06–Déc. 06	18 000	10 000	22 000	1%	1%	2%	...	...	...	...	128 ^d	1%	63	0%	0 ^d	0%
Thaïlande	9 352	Janv. 07–Déc. 07	10 000	6 400	15 000	...	62%	>95%	6 196	85%	794 406 ^s	85%	6 196 ^s	61%	...	...	...	...
Timor-Leste	2	Janv. 07–Déc. 07	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Togo	705	Janv. 07–Déc. 07	8 000	6 300	10 000	8%	7%	11%	10 329	9%	20 553	9%	749	9%	488	6%	0	0%
Tonga	...		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tunisie	1	Janv. 07–Déc. 07	<100	<100	<100	...	2%	3%	...	0%	110	0%	1	1%	0	0%	1	2%
Turkménistan	0	Janv. 06–Déc. 06	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0 ^d	...	0	...	0 ^d	...
Turquie	4	Janv. 06–Déc. 06	...	...	...	...	...	...	2 070 ^d	0%	2 070 ^d	0%	4 ^d	...	0 ^d	...	0 ^d	...
Tuvalu	...		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ukraine	3 046	Janv. 07–Déc. 07	5 200	3 800	6 700	...	45%	79%	3 293	>95%	624 000	>95%	3 325	63%	3 325	63%	5 605	>95%
Uruguay	53	Janv. 06–Déc. 06	<200	<100	<500	...	20%	76%	...	...	...	...	68 ^d	51%	70 ^d	52%	70 ^d	52%
Vanuatu	...		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela (République bolivarienne du)	310	Janv. 06–Déc. 06	2 300	1 300	4 600	...	7%	24%	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	744	Oct. 06–Sept. 07	3 900	2 400	6 400	...	12%	31%	5 352	8%	138 682	8%	705 ^d	18%	...	...	...	...
Yémen	2	Janv. 07–Déc. 07	...	...	...	...	...	...	...	0%	800	0%	2	...	0	...	0	...
Zambie	35 314	Janv. 07–Déc. 07	76 000	68 000	86 000	47%	41%	52%	90 252	65%	306 451	65%	15 631	21%	11 884	16%	7 664	10%
Zimbabwe	15 381	Janv. 07–Déc. 07	52 000	48 000	57 000	29%	27%	32%	16 769	35%	130 429	35%	14 693	28%	9 975	19%	375 ^h	1%

- Données non disponibles ou sans objet
- ... Voir le classement des pays par revenu, niveau d'épidémie et région géographique de l'OMS, l'ONUSIDA et de l'UNICEF.
- a La plupart des pays ont communiqué des données pour une période entière de 12 mois en 2006 ou 2007. Pour les pays ayant transmis des données pour une période de moins de 12 mois en 2007, les valeurs ont été extrapolées et figurent à la note de bas de page f).
- b Quinze pays ont transmis des données pour 2006 qui concernent une période de 12 mois : elles n'ont donc pas fait l'objet d'extrapolations.
- c Les estimations de la couverture sont fondées sur le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui suivent un traitement antirétroviral et l'estimation non arrondie des besoins de traitement antirétroviral (en utilisant les méthodes ONUSIDA/OMS).
- d Les données déclarées les plus récentes concernent décembre 2006.
- e Données communiquées pour la période janvier 2007-octobre 2007.
- f Les données ont été notifiées à partir de janvier 2007, mais pas pour toute l'année jusqu'en décembre. La projection sur une période de 12 mois est fondée sur la valeur mensuelle (voir tableau ci-dessous pour les valeurs notifiées).

Pays	Période	Valeur déclarée
Afrique du Sud	janv. 07–oct. 07	95 373
Cameroun	janv. 07–oct. 07	6 263
Côte d'Ivoire	janv. 07–juil. 07	1 890
Erythrée	janv. 07–oct. 07	140
Gambie	janv. 07–sept. 07	100
Guinée	janv. 07–sept. 07	509
Jamaïque	janv. 07–juin 07	146
Kenya	janv. 07–juin 07	26 429
Myanmar	janv. 07–oct. 07	1 067
Niger	janv. 07–juin 07	503
Panama	janv. 07–sept. 07	53
Paraguay	janv. 07–nov. 07	129
République centrafricaine	janv 07–sept. 07	1 857
Rwanda	janv. 07–nov. 07	5 945

- g Chiffres provenant de 271 comités de programme, janvier 2007–septembre 2007.
- h Données transmises pour la période septembre 2007–décembre 2007.
- i Données transmises pour la période janvier 2007–septembre 2007.
- j Source : Fondation Vishnevskaya-Rostropovitch.
- k Données transmises pour la période janvier 2007–novembre 2007.
- l A l'exclusion des services sociaux et du secteur privé.
- m Données transmises pour la période mars 2006–février 2007.
- n Données transmises pour la période janvier 2007–juin 2007.
- o Données transmises pour la période avril 2007–septembre 2007.
- p Données transmises pour la période janvier 2007–août 2007.
- q Données transmises pour la période juillet 2007–décembre 2007.
- r Le Soudan septentrional a déclaré 3 cas pour la période août-décembre 2007, alors que le Sud Soudan en a déclaré 6 pour la période janvier-décembre 2007, ce qui donne un total de 9 cas.
- s Données transmises pour la période octobre 2006-septembre 2007. Données ajustées.

Annexe 4. Estimation du nombre de personnes recevant et ayant besoin d'un traitement antirétroviral et d'une prophylaxie antirétrovirale, et taux de couverture dans les pays à revenu faible ou intermédiaire dans les régions OMS et UNICEF, 2007

	Estimation du nombre de personnes sous traitement antirétroviral, décembre 2007 (marge) ^a	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2007 (marge) ^b	Couverture du traitement antirétroviral, décembre 2007 (marge) ^c	Nombre déclaré d'enfants de moins de 15 ans recevant un traitement antirétroviral, 2007	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, décembre 2007	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, décembre 2007) ^b	Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, 2007 (marge) ^c
OMS							
Région de l'Afrique	2 120 000 [1 925 000–2 315 000]	7 000 000 [6 250 000–7 900 000]	30% [27–34%]	158 008	446 000	1 300 000 [1 200 000–1 400 000]	34% [32–37%]
Région des Amériques	390 000 [350 000–430 000]	630 000 [550 000–770 000]	62% [51–70%]	16 571	13 000	36 000 [30 000–45 000]	36% [29–43%]
Région de la Méditerranée orientale	7 500 [6 800–8 200]	150 000 [110 000–190 000]	5% [4–7%]	194	<200	24 000 [17 000–33 000]	1% [<1%]
Région de l'Europe	55 000 [51 000–57 000]	320 000 [240 000–440 000]	17% [13–23%]	2 053	10 000	14 000 [11 000–19 000]	71% [53–91%]
Région de l'Asie du Sud-Est	330 000 [290 000–370 000]	1 300 000 [1 000 000–1 700 000]	25% [19–33%]	15 932	20 000	84 000 [54 000–120 000]	24% [17–37%]
Région du Pacifique occidental	89 000 [84 000–94 000]	320 000 [240 000–440 000]	28% [20–37%]	4 822	2 100	16 000 [12 000–21 000]	13% [10–18%]
Tous les pays à revenu faible ou intermédiaire	2 990 000 [2 700 000–3 280 000]	9 700 000 [8 700 000–11 000 000]	31% [27–34%]	197 580	491 000	1 500 000 [1 400 000–1 600 000]	33% [31–35%]
UNICEF							
Afrique subsaharienne	2 120 000 [1 925 000–2 315 000]	7 000 000 [6 250 000–7 900 000]	30% [27–34%]	157 968	446 000	1 300 000 [1 200 000–1 400 000]	34% [32–37%]
Afrique orientale et australe	1 690 000 [1 560 000–1 820 000]	5 300 000 [4 700 000–6 000 000]	32% [28–36%]	132 427	403 000	930 000 [860 000–1 000 000]	43% [40–47%]
Afrique centrale et de l'Ouest	430 000 [370 000–490 000]	1 700 000 [1 400 000–2 100 000]	25% [20–31%]	25 541	43 000	390 000 [320 000–450 000]	11% [10–13%]
Amérique latine et Caraïbes	390 000 [350 000–430 000]	630 000 [550 000–770 000]	62% [51–70%]	16 571	13 000	36 000 [30 000–45 000]	36% [29–43%]
Asie de l'Est et Pacifique	260 000 [230 000–290 000]	700 000 [570 000–870 000]	37% [30–46%]	11 815	13 000	34 000 [27 000–44 000]	36% [30–48%]
Asie du Sud	160 000 [140 000–180 000]	950 000 [670 000–1 300 000]	17% [12–24%]	8 960	8 900	69 000 [40 000–97 000]	13% [9–22%]
Moyen-Orient et Afrique du Nord	7 700 [7 000–8 400]	130 000 [93 000–160 000]	6% [5–8%]	213	<200	21 000 [15 000–29 000]	1% [<1%]
Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants ^d	50 000 [47 000–53 000]	310 000 [230 000–420 000]	16% [12–22%]	1 913	10 000	14 000 [10 000–18 000]	71% [56–>95%]
Tous les pays à revenu faible ou intermédiaire	2 990 000 [2 700 000–3 280 000]	9 700 000 [8 700 000–11 000 000]	31% [27–34%]	197 440	491 000	1 500 000 [1 400 000–1 600 000]	33% [31–35%]

Note : les chiffres ayant été arrondis, pour certains groupes, les totaux ne correspondent pas exactement à la somme des chiffres partiels.

a Lorsque elles étaient disponibles, les données concernant les enfants ont été incluses.

b Voir les notes explicatives sur les annexes pour la description des méthodes employées.

c L'estimation de la couverture est fondée sur l'estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral ou en ayant besoin. Les marges autour des niveaux de couverture sont fondées sur les marges d'incertitude autour des estimations des besoins.

d L'UNICEF classe cinq pays à revenu faible ou intermédiaire (la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne et la Slovaquie) dans la catégorie des pays industrialisés et leurs valeurs ne sont pas incluses dans ces totaux.

Classement des pays à revenu faible ou intermédiaire par niveau de revenu, niveau d'épidémie et situation géographique, régions de l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF, 2007

Pays	Classement économique	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Afghanistan	Faible revenu	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de la Méditerranée orientale
Afrique du Sud	Revenu moyen supérieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Albanie	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Europe et Asie Centrale	Europe occidentale et centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Algérie	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de l'Afrique
Angola	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Argentine	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Arménie	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Azerbaïdjan	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Bangladesh	Faible revenu	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de l'Asie du Sud-Est
Bélarus	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Belize	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Bénin	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Bhoutan	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de l'Asie du Sud-Est
Bolivie	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Bosnie-Herzégovine	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Botswana	Revenu moyen supérieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Brésil	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Bulgarie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Burkina Faso	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Burundi	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Cambodge	Faible revenu	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Cameroun	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Cap-Vert	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Chili	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Chine	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Colombie	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Comores	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Congo	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Costa Rica	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Côte d'Ivoire	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Croatie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Cuba	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Djibouti*	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale

Pays	Classement économique	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Dominique	Revenu moyen supérieur		Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Égypte	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
El Salvador	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Équateur	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Érythrée	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Éthiopie	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
ex-République yougoslave de Macédoine	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Europe et Asie Centrale	Europe occidentale et centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Fédération de Russie	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Fidji	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Gabon	Revenu moyen supérieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Gambie	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Géorgie	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Ghana	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Grenade	Revenu moyen supérieur		Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Guatemala	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Guinée	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Guinée-Bissau	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Guinée équatoriale	Revenu moyen supérieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Guyana	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Haïti	Faible revenu	Généralisée	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Honduras	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Hongrie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie Centrale	Europe occidentale et centrale	Pays industrialisés	Région de l'Europe
Îles Cook	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Îles Marshall	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Îles Salomon	Faible revenu		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Inde	Faible revenu	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de l'Asie du Sud-Est
Indonésie	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région de l'Asie du Sud-Est
Iran (République islamique d')	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Iraq	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Jamahiriya arabe libyenne	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Jamaïque	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Jordanie	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Kazakhstan	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Kenya	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Kirghizistan	Faible revenu	Peu étendue	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Kiribati	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental

Pays	Classement économique	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Lesotho	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Lettonie	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Pays industrialisés	Région de l'Europe
Liban	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Libéria	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Lituanie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Pays industrialisés	Région de l'Europe
Madagascar	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Malaisie	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Malawi	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Maldives	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de l'Asie du Sud-Est
Mali	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Maroc	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Maurice	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Mauritanie	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Mexique	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Micronésie (États fédérés de)	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Moldova	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Mongolie	Faible revenu	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Monténégro	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie Centrale	Europe occidentale et centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Mozambique	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Myanmar	Faible revenu	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région de l'Asie du Sud-Est
Namibie	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Nauru	N'est pas membre de la Banque mondiale		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Népal	Faible revenu	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de l'Asie du Sud-Est
Nicaragua	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Niger	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Nigéria	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Nioué	N'est pas membre de la Banque mondiale		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Oman	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Ouganda	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Ouzbékistan	Faible revenu	Concentrée	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Pakistan	Faible revenu	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de la Méditerranée orientale
Palaos	Revenu moyen supérieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Panama	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Faible revenu	Généralisée	Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental

Pays	Classement économique	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Paraguay	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Pérou	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Philippines	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Pologne	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Europe et Asie Centrale	Europe occidentale et centrale	Pays industrialisés	Région de l'Europe
République arabe syrienne	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
République centrafricaine	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
République démocratique du Congo	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
République démocratique populaire lao	Faible revenu	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
République dominicaine	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
République démocratique de Corée	N'est pas membre de la Banque mondiale	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région de l'Asie du Sud-Est
République-Unie de Tanzanie	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Roumanie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Rwanda	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Sainte-Lucie	Revenu moyen supérieur		Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Saint-Kitts-et-Nevis	Revenu moyen supérieur		Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Saint-Vincent-et-les Grenadines	Revenu moyen supérieur		Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Samoa	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Sao Tomé-et-Principe	Faible revenu		Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Sénégal	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Serbie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Seychelles	Revenu moyen supérieur		Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Sierra Leone	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Slovaquie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie Centrale	Europe occidentale et centrale	Pays industrialisés	Région de l'Europe
Somalie	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de la Méditerranée orientale
Soudan	Faible revenu	Généralisée	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Sri Lanka	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de l'Asie du Sud-Est
Suriname	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Swaziland	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Tadjikistan	Faible revenu	Peu étendue	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Tchad	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Thaïlande	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région de l'Asie du Sud-Est
Timor-Leste	Faible revenu	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	East, Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région de l'Asie du Sud-Est
Togo	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Tonga	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Tunisie	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Turkménistan	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe

Pays	Classement économique	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Turquie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Tuvalu	N'est pas membre de la Banque mondiale		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Ukraine	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Europe et Asie Centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Uruguay	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Vanuatu	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Venezuela (République bolivarienne du)	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Viet Nam	Faible revenu	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Yémen	Faible revenu	Peu étendue	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Zambie	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Zimbabwe	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique

a Aux fins de l'analyse dans l'ensemble du rapport, les valeurs pour Djibouti ont été incluses en Afrique subsaharienne sur la base du classement adopté par l'ONUSIDA, alors que l'UNICEF et l'OMS classent Djibouti dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord, et la région de la Méditerranée orientale, respectivement.

ANNEXES STATISTIQUES : NOTES EXPLICATIVES

Recueil et validation des données

Les annexes 1 à 3 présentent des données nationales relatives à deux interventions prioritaires du secteur de la santé en matière de VIH : le traitement antirétroviral et la prévention de la transmission mère-enfant.

Les données qui figurent dans ces annexes ont été collectées au moyen de trois processus internationaux de suivi et de notification..

1) Riposte du secteur de la santé au VIH/sida (OMS)

En 2006, la cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé a chargé l'OMS de surveiller et de faire rapport chaque année sur la riposte du secteur de santé au VIH/sida dans le monde, reconnaissant ainsi l'importance fondamentale du secteur de la santé pour atteindre un accès universel. L'OMS a envoyé un questionnaire annuel à ses bureaux régionaux et de pays au quatrième trimestre 2007 pour recueillir des renseignements sur les indicateurs clés relatifs à la disponibilité, la couverture et l'impact des interventions prioritaires du secteur de la santé en matière de VIH (1). Les annexes 1 à 3 présentent les données transmises de 143 pays jusqu'en avril 2008 sur des interventions choisies..

2) Prévention de la transmission mère-enfant et soins et traitement du VIH chez l'enfant (Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants)

Depuis 2004, l'UNICEF et l'OMS, au nom de l'Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants (voir encadré 5.1), ont été chargés conjointement de recueillir des données nationales pour évaluer les progrès vers les objectifs de prévention de la transmission mère-enfant et des soins et traitement du VIH chez l'enfant (2). Un formulaire annuel de notification (questionnaire sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et soins et traitement pédiatriques du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire) a été envoyé aux bureaux de pays de l'OMS et de l'UNICEF en décembre 2007, pour faciliter la collecte des informations en collaboration avec les gouvernements et d'autres partenaires d'exécution sur le terrain. En avril 2008, 109 pays à revenu faible ou intermédiaire avaient fourni des données.

3) Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (ONUSIDA)

Avec l'adoption de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida par l'Assemblée générale des Nations Unies au cours de sa session extraordinaire sur le VIH/sida en 2001, les pays se sont engagés à transmettre un rapport de situation à l'Assemblée générale tous les deux ans. Le Secrétariat de l'ONUSIDA facilite ce processus et prépare régulièrement des rapports qui sont présentés au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. En mars 2008, 147 pays avaient soumis des rapports nationaux de situation à l'ONUSIDA conformément, aux directives internationales pour l'élaboration d'indicateurs de base (3).

Ces trois processus sont liés par des indicateurs communs et un calendrier harmonisé de transmission des documents. Pour faciliter la collaboration au niveau national, les bureaux de pays de l'OMS, de l'UNICEF et de l'ONUSIDA ont travaillé conjointement avec leurs homologues nationaux et les institutions partenaires pour recueillir et valider les données dans un processus de consultation unique.

De plus, une réunion internationale de conciliation des données a été organisée en février 2008 pour réviser et valider les données transmises à l'OMS, à l'UNICEF, au secrétariat de l'ONUSIDA, au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, au Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida et à MEASURE DHS (un projet d'enquêtes démographiques et sanitaires financé par l'USAID). Quand des incohérences ont été constatées entre les données transmises aux différentes organisations, des lettres de suivi ont été envoyées aux bureaux de terrain de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS pour faire la liaison avec les autorités nationales afin de demander des éclaircissements et résoudre les divergences. Les données utilisées dans le présent document sont les valeurs ainsi conciliées..

Notes explicatives pour les annexes 1 et 2

Les annexes 1 et 2 présentent des données nationales sur l'accès au traitement antirétroviral.

L'annexe 1 renseigne sur l'extension du traitement antirétroviral au niveau national pour tous les groupes d'âge dans 149 pays à revenu faible ou intermédiaire.

L'annexe 2 donne des informations sur l'accès au traitement antirétroviral ventilé par sexe et par âge (les adultes constituant le groupe d'âge « 15 ans et plus », et les enfants constituant le groupe d'âge « moins de 15 ans »). Pour la plupart des pays, cette ventilation ne concerne que le secteur public. Les données sur le nombre d'enfant sous traitement antirétroviral sont disponibles pour 128 pays. Pour 27 d'entre eux, des données plus récentes sur le nombre d'enfants sous traitement antirétroviral (qui n'avaient pas été incluses dans les données ventilées par groupe d'âge) étaient également disponibles. L'annexe 2 inclut ces données (note de bas de page b).

Nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral

Le rapport fournit les données déclarées les plus récentes sur le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral ainsi qu'une estimation du nombre de personnes sous traitement antirétroviral en décembre 2007 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il présente aussi les données déclarées les plus récentes sur le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu élevé.

Les données se fondent sur les rapports les plus récents (voir ci-dessus) adressés à l'OMS et/ou à l'ONUSIDA par le ministère de la santé ou toute autre source fiable dans les pays, par exemple des partenaires bilatéraux, des fondations et des organisations non gouvernementales qui sont d'importants prestataires de services de traitement. L'OMS et l'ONUSIDA ont collaboré avec les pays pour tenter d'obtenir autant de données que possible sur le nombre de personnes sous traitement au niveau des établissements de soins.

L'estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral fin 2007 a été obtenue par deux procédures : des projections jusqu'à la fin de l'année pour les pays qui n'avaient pas transmis de données pour décembre 2007 et l'analyse de l'incertitude liée à ces données.

Les estimations de la fin de l'année sont fondées sur de simples projections linéaires des nombres déclarés, en utilisant les augmentations mensuelles pour indiquer la croissance. Des 149 pays à revenu faible ou intermédiaire, 104 pays disposaient de données pour décembre 2007, par conséquent, il n'a pas été nécessaire de procéder à une extrapolation. D'autre part, 22 pays ont fourni des données à jour en septembre 2007 ou plus tard, et il a donc fallu précéder à une projection de un à trois mois jusqu'en décembre 2007. Ensemble, ces 126 pays représentent 96% de l'estimation totale des personnes suivant un traitement antirétroviral en décembre 2007 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Parmi les pays restants, cinq ont fourni des données à jour pour un mois compris entre mai et août 2007, et les données ont été extrapolées jusqu'en décembre 2007. Quatorze pays ne disposaient de chiffres que pour 2006 et un pays, seulement pour 2005. Des projections ont été faites pour neuf seulement de ces pays (les données pour les cinq autres pays étant insuffisantes). Enfin, quatre pays ne disposaient pas de données.

Aucune projection jusqu'en décembre 2007 n'a été faite pour les pays à revenu élevé puisque les données précédentes ne sont pas disponibles en nombre suffisant pour permettre une extrapolation.

Les estimations du nombre de personnes sous traitement antirétroviral comportent une certaine marge d'erreur pour les pays qui n'ont pas encore établi de systèmes pour notifier régulièrement les nombres de nouveaux individus sous traitement, les taux d'observance, les patients qui interrompent le traitement, les perdus de vue pour le suivi et les décès. Une source particulière d'incertitude tient au fait que, dans certains cas, les chiffres communiqués par les pays ne distinguent pas entre ceux qui ont un jour entamé un traitement antirétroviral et ceux qui sont encore sous traitement (c'est-à-dire qui continuent à prendre leurs médicaments). La différence entre ces deux chiffres représente les déperditions liées à l'interruption du traitement, à la disparition du suivi ou au décès.

Une autre source d'incertitude tient à la difficulté de mesurer l'étendue de la pratique des traitements dans le secteur privé. De nombreuses personnes obtiennent leurs médicaments dans des pharmacies locales ou des consultations privées qui ne transmettent pas d'information par les canaux officiels. Certaines entreprises privées disposent de programmes qui appuient les traitements des salariés atteints d'une infection à VIH avancée, mais ces programmes omettent parfois de notifier leurs données aux autorités de santé publique.

En raison des incertitudes que présentent les estimations globales par pays, l'annexe 1 indique les intervalles d'incertitude des estimations obtenues pour décembre 2007 du nombre de personnes sous traitement antirétroviral. Pour les données rapportées par les pays pour le secteur public, on a retenu des marges d'incertitude de 5% à 25%, en fonction de la fiabilité du système de suivi et de la complétude des données rapportées (4). Les mêmes marges d'incertitude ont été retenues pour les pays rapportant des données pour les secteurs public et privé confondus. Pour les données du secteur privé, qui ont été rapportées séparément par un nombre limité de pays, les marges d'incertitude employées vont de 10% à 40%. Les chiffres sur le secteur privé sont donnés dans les notes de base de page de l'annexe 1.

L'annexe 1 présente également une mise à jour des données sur le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral en 2006 publiées dans le précédent rapport (5) puisque des données plus récentes pour décembre 2006 sont devenues disponibles grâce au processus de conciliation décrit ci-dessus organisé en 2007. Le nombre actualisé de personnes sous traitement antirétroviral fin 2006 était donc de 2 040 000 [1 850 000–2 230 000] au lieu de 2 015 000 [1 795 000–2 235 000], comme cela a été publié précédemment.

Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral

L'ONUSIDA et l'OMS ont mis au point une méthodologie uniforme pour estimer l'ampleur et l'évolution de l'épidémie de sida, qui fournit également des estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH, des nouvelles infections à VIH, des nouveaux décès dus au sida et des besoins de traitement (6, 7).

Le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral dans un pays est estimé à l'aide de méthodes de modélisation statistique qui incluent toutes les personnes qui réunissent les conditions pour entamer le traitement, que ces personnes connaissent ou non leur statut sérologique et l'indication du traitement antirétroviral (voir encadré 2.1).

L'OMS recommande que dans les pays à ressources limitées, les adultes et les enfants vivant avec le VIH entament un traitement antirétroviral dès que l'infection est confirmée et qu'il existe des signes d'un stade clinique avancé (6–8). Le nombre des personnes atteintes d'une infection avancée par le VIH qui ont besoin d'entamer un traitement est estimé en supposant que le délai moyen depuis la séroconversion jusqu'au moment où ces personnes auraient dû commencer un traitement est de huit ans et que, sans accès à un traitement antirétroviral, la durée entre le moment où elles auraient dû commencer le traitement et le décès est d'environ trois ans. Ces paramètres ont été révisés en 2007 : les estimations précédentes étaient fondées sur des délais moyens de sept ans entre la séroconversion et l'indication du traitement et, en l'absence de traitement, de deux ans depuis l'indication du traitement au décès.

Le nombre total des personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral se calcule en additionnant le nombre de personnes ayant besoin d'entamer un traitement antirétroviral au nombre de personnes qui suivaient un traitement au cours de l'année précédente et qui ont survécu dans l'année en cours.

L'annexe 1 donne l'estimation par pays des besoins en traitement en 2007 sur la base des méthodes uniformes ONUSIDA/OMS, comprenant des marges d'incertitude¹. Certains pays ont mis au point leurs propres méthodes d'estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, qui peuvent différer des estimations obtenues avec les méthodes ONUSIDA/OMS. Les méthodes employées par les pays pour obtenir ces estimations ne sont pas toujours précisées. Par exemple, dans certains cas, les chiffres sont fondés sur les cas enregistrés de VIH et ne tiennent donc pas compte des personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur état. L'annexe 3 présente des estimations obtenues avec les méthodes développées par les pays eux-mêmes ; ces données n'ont pas été agrégées et n'ont pas été utilisées pour calculer et analyser la couverture nationale, régionale et mondiale..

Couverture du traitement antirétroviral

Les estimations du taux de couverture du traitement antirétroviral présentées à l'annexe 1 sont obtenues en divisant le nombre estimé de personnes suivant un traitement antirétroviral en décembre 2007 par le nombre estimé de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral en 2007 (sur la base des méthodes de l'ONUSIDA/OMS). Les marges relatives aux taux de couverture sont fondées sur les marges d'incertitude relatives aux estimations du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement (10). Aucune couverture n'a été calculée quand le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement a été estimé à moins de 500.

Notes explicatives pour l'annexe 3

Prévention de la transmission mère-enfant

L'annexe 3 fournit des données sur les indicateurs recueillis par le bulletin 2007 sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et les soins et le traitement pédiatriques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire².

Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant

Le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH est fondé sur les données agrégées des programmes nationaux provenant des centres de santé ou d'autres sites de prestation des services et communiqués par le pays. Quatre-vingt-onze des 149 pays à revenu faible ou intermédiaire ont communiqué des données pour l'ensemble de l'année civile 2007, 15 pour l'ensemble de l'année civile 2006 et trois pour une période de 12 mois, mais pas de janvier à décembre. Quatorze pays ont transmis des données à partir de janvier 2007, mais pas pour l'ensemble de l'année civile jusqu'en décembre. Pour ces 14 pays, des projets linéaires simples des nombres communiqués ont été calculées sur la base des valeurs mensuelles. Les données pour le Soudan comprennent les données pour le Soudan septentrional et le sud Soudan, qui se rapportent à des périodes différentes. Vingt-cinq pays n'ont pas communiqué de données.

Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant

Le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin de médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant est estimé à l'aide d'une modélisation statistique uniforme basée sur les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS qui tiennent compte de plusieurs paramètres épidémiologiques et démographiques et du taux de couverture du programme national de traitement antirétroviral dans le pays (par exemple la prévalence du VIH chez les femmes en âge de procréer, l'effet du VIH sur la fécondité et la couverture du traitement antirétroviral)³. Ces procédures de modélisation statistique sont utilisées pour obtenir une estimation globale fondée sur la population du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant dans le pays.

Comme avec les estimations du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral présentées à l'annexe 1, l'annexe 3 applique des marges d'incertitude relatives à l'estimation du nombre de femmes enceintes nécessitant des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et, par conséquent, à la couverture des femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant.

Taux de couverture des femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant

La couverture des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH est calculée en divisant le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH par l'estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui avaient besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant dans le pays.

Les estimations de la couverture sont fondées sur les estimations uniformes des femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant obtenues à l'aide de méthodes ONUSIDA/OMS. Les marges relatives aux taux de couverture sont basées sur les marges d'incertitude relatives aux estimations des besoins. Pour les pays à épidémie généralisée, on donne des estimations centrale et des marges, alors que pour les pays à épidémie concentrée, seules des marges sont données. En général, l'incertitude autour des estimations des besoins pour la prévention de la transmission mère-enfant dans les pays à épidémie concentrée ne permet pas de publier des estimations centrales. Pour de plus amples informations, voir le classement des pays par niveau de revenu, niveau d'épidémie de VIH et région géographique.

1 Les estimations révisées de la couverture du traitement antirétroviral en 2006 (fondées sur des paramètres actualisés pour estimer les besoins de traitement) sont publiées dans *World health statistics 2008* (9).

2 Les données relatives à 2004–2006 recueillies par la même procédure sont aussi publiées dans d'autres rapports (11–13).

3 Les rapports du Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, les modèles et les projections (14) donnent de plus amples informations sur cette méthode.

Certains pays ont mis au point leurs propres méthodes pour estimer le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin de médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant. Les données ainsi obtenues peuvent différer des estimations auxquelles parviennent les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS. Les méthodes employées pour créer ces estimations nationales ne sont pas toujours claires. Parfois, elles sont fondées seulement sur le nombre de femmes enceintes qui se rendent dans les consultations de soins prénatals ou les services de santé maternelle et ne tiennent donc pas compte des femmes enceintes qui ignorent leur statut sérologique. L'annexe 3 présente les estimations nationales des besoins sur la base des méthodes nationales individuelles, mais ces données ne sont pas agrégées et elles n'ont pas été utilisées pour calculer et analyser la couverture régionale et mondiale. De plus, l'annexe 3 présente également des données sur les indicateurs suivants :

- nombre et pourcentage de femmes enceintes ayant subi un test du VIH ;
- nombre et pourcentage de nourrissons nés de mères vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant ;
- nombre et pourcentage de nourrissons nés de mères vivant avec le VIH qui ont reçu du cotrimoxazole dans les deux mois après la naissance ; et
- nombre et pourcentage de nourrissons nés de mères vivant avec le VIH qui ont subi un test virologique dans les deux mois.

Notes explicatives sur le classement des pays par revenu, niveau d'épidémie de VIH et région géographique

Classement par revenu

Sauf mention contraire, toutes les analyses de données contenues dans ce rapport sont fondées sur les données des 149 pays classés comme pays à revenu faible ou intermédiaire par la Banque mondiale en juillet 2007 (15).

Les économies sont classées comme revenu faible, intermédiaire ou élevé selon le revenu national brut par habitant en 2007, calculé en utilisant la méthode de l'Atlas de la Banque mondiale (pour réduire l'effet des fluctuations des taux de change). Les groupes sont : revenu faible, \$US 905 ou moins ; revenu intermédiaire, \$US 906 à \$US 3595 ; revenu moyen supérieur, \$US 3596 à \$US 11 115 ; et revenu élevé, \$US 11 116 ou plus.

Classement par niveau d'épidémie de VIH

Les épidémies de VIH sont classées comme peu étendues, concentrées ou généralisées, en fonction des principes et des indicateurs suivants :

Épidémies peu étendues

- *Principe* : bien que le VIH ait pu être présent depuis de nombreuses années, sa propagation n'a jamais atteint un niveau substantiel dans aucun sous-groupe de la population. Les infections enregistrées se limitent pour la plus grande part à des personnes ayant des comportements à risque : professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Cette situation épidémique suggère que les réseaux de risque sont assez diffus (avec de faibles niveaux d'échanges de partenaires ou de partage d'équipement de matériel d'injection) ou que le virus n'a été introduit que très récemment).
- *Indicateur indirect* : la prévalence du VIH n'a jamais dépassé 5% dans aucun sous-groupe particulier de la population.

Épidémies concentrées

- *Principe* : le VIH s'est propagé rapidement dans un sous-groupe particulier de la population, mais il ne s'est pas implanté solidement dans la population générale. Ce niveau épidémique révèle l'existence d'un réseau actif de comportements à risque dans le groupe concerné. L'évolution de l'épidémie est déterminée par la fréquence et la nature des liens entre les groupes très infectés et la population générale.
- *Indicateur indirect* : la prévalence du VIH dépasse systématiquement 5% dans au moins un sous-groupe donné de la population, mais elle reste inférieure à 1% chez les femmes enceintes dans les zones urbaines.

Épidémies généralisées

- *Principe* : dans cette situation, le VIH est solidement implanté dans la population générale. Bien que les sous-groupes exposés à un risque élevé puissent contribuer de manière disproportionnée à la propagation du virus, le tissu des relations sexuelles dans l'ensemble de la population est suffisant pour maintenir l'épidémie, indépendamment des groupes à risque.
- *Indicateur indirect* : la prévalence du VIH est systématiquement supérieure à 1% chez les femmes enceintes.

Ce classement est en cours de révision par le Groupe de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections.

Classement par région géographique

Ce rapport présente des données sur 149 pays à revenu faible ou intermédiaire par région géographique. Les régions géographiques reprennent la répartition utilisée par l'ONUSIDA⁴. L'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est correspond à deux régions, tout comme l'Amérique latine et les Caraïbes. Les 149 pays sont donc classés comme suit : Afrique subsaharienne ($n = 47$) ; Amérique latine et Caraïbes ($n = 29$) ; Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est ($n = 21$) ; Europe orientale et Asie centrale ($n = 25$) ; et Moyen-Orient et Afrique du Nord ($n = 13$). En Océanie ($n = 14$), seules les Fidji et la Papouasie-Nouvelle-Guinée ont transmis des données. Aux fins du présent rapport, les valeurs pour l'Océanie sont incluses dans l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est

4 L'ONUSIDA rassemble les efforts et les ressources de dix institutions du système des Nations Unies dans la riposte au VIH. Les dix organismes coparrainants l'ONUSIDA sont les suivants :

• Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) ;	• Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) ;
• Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ;	• Organisation internationale du Travail (OIT) ;
• Programme alimentaire mondial (PAM) ;	• Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) ;
• Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) ;	• Organisation mondiale de la Santé (OMS) ; et
• Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ;	• Banque mondiale.

L'OMS a 193 États membres groupés dans six régions, et 149 États membres de l'OMS sont des pays à revenu faible ou intermédiaire : Région OMS de l'Afrique ($n = 46$) ; Région OMS des Amériques ($n = 29$) ; Région OMS de la Méditerranée orientale ($n = 16$) ; Région OMS de l'Europe ($n = 26$) ; Région OMS de l'Asie du Sud-Est ($n = 11$) ; et Région OMS du Pacifique occidental ($n = 21$). L'annexe 1 donne la liste des 44 pays restants à revenu élevé dans la seconde section.

L'UNICEF regroupe les 149 pays à revenu faible ou intermédiaire dans sept régions : Afrique orientale et australe ($n = 22$) ; Afrique centrale et de l'Ouest ($n = 24$) ; Asie de l'Est et Pacifique ($n = 26$) ; Amérique latine et Caraïbes ($n = 29$) ; Asie du Sud ($n = 8$) ; Moyen-Orient et Afrique du Nord ($n = 14$) ; et Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants ($n = 21$). Cinq pays à revenu intermédiaire sont classés comme industrialisés.

Références

1. WHO. *Monitoring and reporting on the health sector's response towards universal access to HIV/AIDS prevention, treatment, care and support: WHO framework for global monitoring and reporting*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/entity/hiv/universalaccess2010/UAframework_Final%20Nov.pdf, consulté le 5 mai 2008).
2. OMS et UNICEF avec l'Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants, *Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH - Vers un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants et pour l'élimination du VIH et du sida*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://www.who.int/hiv/mtct/PMTCT_frWEBNov26.pdf, consulté le 15 mai 2008).
3. ONUSIDA. *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida : directives pour l'élaboration d'indicateurs de base : établissement des rapports 2008*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007 (http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070712_core_indicators_manual_fr.pdf, consulté le 15 mai 2008).
4. Boerma TJ et al. Monitoring the scale-up of antiretroviral therapy programmes : methods to estimate coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84:145–150.
5. OMS, ONUSIDA et UNICEF. *Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation, avril 2007*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr16/fr/index.html>, consulté le 15 mai 2008).
6. ONUSIDA. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2006 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/default.asp>, consulté le 15 mai 2008).
7. Improved methods and tools for HIV/AIDS estimates and projections. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(Suppl 3) : iii1–iii91.
8. *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents : recommendations for a public health approach. 2006 revision*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adult/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings : towards universal access. Recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/art/en/index.html>, consulté le 5 mai 2008).
9. *World health statistics 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/en>, consulté le 5 mai 2008).
10. Morgan M et al. Improved plausibility bounds about the 2005 HIV and AIDS estimates. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(Suppl III) : iii71–iii77.
11. *PMTCT report card 2005: monitoring progress on the implementation of programs to prevent mother to child transmission of HIV*. New York, UNICEF, 2005 (http://www.uniteforchildren.org/knowmore/files/ufc_PMTCTReportcard.pdf, consulté le 5 mai 2008).
12. *Report card on prevention of mother-to-child transmission of HIV and paediatric HIV care and treatment in low- and middle-income countries*. New York, Expanded Interagency Task Team on Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Children c/o UNICEF, 2007 (http://www.unicef.org/aids/index_documents.html, consulté le 5 mai 2008).
13. ONUSIDA, UNICEF et OMS. *Enfants et sida : Deuxième bilan de la situation*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2008 (http://www.unicef.org/french/publications/index_43451.html, consulté le 15 mai 2008).
14. Publications : Reference Group reports [site Internet]. Geneva, UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections (<http://www.epidem.org/publications.htm>, consulté le 5 mai 2008).
15. Data & statistics : country classification [site Internet]. Washington, DC, World Bank, 2008 (<http://go.worldbank.org/K2CKM78CC0>, consulté le 5 mai 2008).

REMERCIEMENTS

Ce rapport n'aurait pas été possible sans la collaboration et la contribution des ministères de la santé et des programmes nationaux de lutte contre le sida qui dirigent le travail de surveillance, de suivi, d'évaluation et de recherche lié au VIH à l'échelle nationale. L'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA expriment également leur gratitude à MEASURE DHS pour leur avoir donné accès à des données provenant d'enquêtes nationales qui ont été utilisées dans le présent document. Des remerciements particuliers vont à Rodney Kort qui a rédigé le rapport, David Breuer qui a assuré la révision technique, Françoise De Luca qui s'est chargée de la traduction et L'IV Com qui a préparé la conception graphique et la mise en page.

Pour plus d'informations, consultez :

Organisation mondiale de la Santé

Département du VIH/sida

Avenue Appia 20

1211 Genève 27

Suisse

E-mail : hiv-aids@who.int

www.who.int/hiv

ISBN 9 789242 596885



9 789242 596885