

VERS UN ACCÈS UNIVERSEL

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

Rapport de situation

2009



Organisation
mondiale de la Santé



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONUDC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

unicef 

VERS UN ACCÈS UNIVERSEL

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

Rapport de situation **2009**

Catalogue à la source : Bibliothèque de l'OMS

Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé : rapport de situation 2009.

1. Syndrome d'immunodéficience acquise - prévention et contrôle. 2. Infection à VIH - prévention et contrôle. 3. Syndrome d'immunodéficience acquise - thérapeutique. 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 159875 0

(NLM classification: WC 503.6)



© Organisation mondiale de la Santé 2009

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Éditions 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 Éditions 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.

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 et d'évaluation 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 David Breuer qui a assuré la révision technique et à L'IV Com Sàrl qui a préparé la conception graphique et la mise en page.

Imprimé à Malte.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	3
Résumé analytique	4
1. Introduction	7
1.1. Antécédents et contexte mondial en 2008	7
1.2. Sources des données et méthodes	9
1.3. Structure du rapport	10
2. Conseil et dépistage du VIH	13
2.1. Politiques de conseil et dépistage du VIH	14
2.2. Programmes de conseil et de dépistage du VIH	15
2.3. Disponibilité des services de conseil et dépistage du VIH	16
2.4. Utilisation et couverture du conseil et du dépistage du VIH	19
3. Interventions de prévention du VIH dans le secteur de la santé	29
3.1. Prévenir l'infection par le VIH dans les populations les plus exposées	30
3.1.1. Les consommateurs de drogues injectables	31
3.1.2. Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes	35
3.1.3. Les professionnel(le)s du sexe	39
3.1.4. Les prisonniers	42
3.2. Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles	43
3.3. Circoncision	44
3.4. Sécurité transfusionnelle	45
3.5. Prophylaxie post-exposition	47
3.6. Prévention et soins des personnes avec le VIH	48
4. Traitement et soins des personnes vivant avec le VIH	53
4.1. Traitement antirétroviral	54
4.1.1. Progrès mondiaux, régionaux et nationaux dans l'accès au traitement antirétroviral	54
4.1.2. Couverture du traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	57
4.1.3. Accès des femmes et des enfants au traitement antirétroviral	58
4.1.4. Disponibilité du traitement antirétroviral	59
4.1.5. Résultats et impacts de l'extension du traitement antirétroviral	60
4.1.6. Prévenir et évaluer la pharmacorésistance du VIH	68
4.1.7. Schémas thérapeutiques antirétroviraux	70
4.1.8. Prix des médicaments antirétroviraux	74
4.2. Préventions, soins et prise en charge de la coinfection VIH/tuberculose	76
5. Étendre les services de prise en charge du VIH pour les femmes et les enfants	87
5.1. Vue d'ensemble	88
5.1.1. Le VIH chez la femme et l'enfant	88
5.1.2. Engagements, objectifs et cibles pour lutter contre le VIH chez la femme et l'enfant	90
5.1.3. Suivre les progrès vers les objectifs internationaux pour étendre les services nationaux de prévention de la transmission mère-enfant et parvenir à une génération libérée du VIH	91
5.1.4. Interventions de prise en charge du VIH chez la femme et l'enfant	92
5.1.5. Plans nationaux d'élargissement	92
5.2. Prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer	93
5.3. Éviter les grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH	96

5.4 Prévenir la transmission du VIH des femmes vivant avec le VIH à leurs enfants	97
5.4.1 Conseil et dépistage du VIH chez la femme enceinte	97
5.4.2 Antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, notamment le traitement antirétroviral des mères qui en ont besoin	99
5.4.3. L'alimentation du nourrisson dans le contexte de la prévention de la transmission mère-enfant	105
5.4.4 Évaluer l'impact des programmes de prévention de la transmission mère-enfant	106
5.5 Traitement, soins et soutien de l'enfant avec le VIH	106
5.5.1 Diagnostiquer le VIH chez le nourrisson	106
5.5.2 Prophylaxie au cotrimoxazole pour les nourrissons exposés au VIH	109
5.5.3 Traitement antirétroviral chez l'enfant	110
5.6 Assurer la continuité des soins pour les femmes et les enfants	112
 6. Les systèmes de santé	 117
6.1. Les systèmes de santé, les soins de santé primaires et la riposte au VIH	118
6.2. Les ressources humaines pour la santé	120
6.3. Gestion des achats et de la distribution	122
6.4. Les laboratoires	123
6.5. Financer la santé	124
6.6. Information stratégique	125
 7. Vers un accès universel : la voie du progrès	 131
 Annexes	 131
Annexe 1. Adultes et enfants (chiffres cumulés) suivant un traitement antirétroviral, 2007–2008	134
Annexe 2. Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire par sexe et par âge, estimation du nombre d'enfants suivant un traitement antirétroviral et ayant besoin d'un traitement antirétroviral, et taux de couverture, 2008	139
Annexe 3. Preventing mother-to-child transmission of HIV in low- and middle-income countries, 2008	145
Annexe 4. Estimation du nombre de personnes [tous âges confondus] et d'enfants de moins de 15 ans 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, 2008	151
Classement des pays à revenu faible ou intermédiaire par niveau de revenu, niveau d'épidémie et situation géographique, régions de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS	152
Liste d'indicateurs dans le questionnaire annuel OMS, UNICEF et ONUSIDA de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/SIDA, 2009	158
Notes explicatives	159

AVANT-PROPOS

Bien des progrès ont été accomplis depuis la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le sida au cours de laquelle les dirigeants mondiaux se sont engagés à multiplier leurs activités pour atteindre l'objectif d'un accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui liés au VIH d'ici à 2010. Ainsi que le montre ce troisième rapport annuel sur la riposte du secteur de la santé au VIH, les pays à revenu faible ou intermédiaire ont continué de progresser en 2008.

En fait, 2008 a été une année très active pour tous les partenaires qui organisent et assurent la prise en charge du VIH dans des environnements à ressources limitées. En décembre 2008, 4 millions de patients suivaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, soit 1 million de plus que l'année précédente. Davantage de personnes ont été conseillées et testées pour le VIH en 2008 que les années antérieures. Près de la moitié des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du virus et plus d'enfants vivant avec le VIH bénéficient de programmes de traitement et de soins. Les pays sont désormais plus nombreux à administrer des schémas antirétroviraux efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, y compris le traitement antirétroviral des femmes enceintes pour qui il est indiqué. L'accès élargi au traitement antirétroviral et à des soins adaptés a permis de réduire la mortalité des personnes séropositives au VIH aux niveaux national et mondial.

Les pays ont aussi entrepris de formuler et de mettre en œuvre des solutions novatrices pour s'attaquer aux problèmes majeurs des systèmes de santé, notamment la pénurie chronique de ressources humaines qualifiées. Beaucoup de pays ont renforcé la prestation des services de prise en charge du VIH en intégrant et décentralisant des interventions vers les soins de santé primaires.

Néanmoins, ce rapport montre aussi que de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire sont encore loin d'atteindre les objectifs de l'accès universel. Plus de 5 millions de personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral n'y ont toujours pas accès. Beaucoup trop de personnes arrivent dans les services de santé à un stade trop avancé de l'infection à VIH pour bénéficier de tous les avantages du traitement. D'après les enquêtes récentes, plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH continuent d'ignorer leur séropositivité. La tuberculose demeure la principale cause de décès chez les personnes séropositives. Même si les pays multiplient les tests diagnostiques pour les nourrissons, l'orientation des bébés vers les services de soins et de traitement continue de représenter un goulet d'étranglement.

Le rythme actuel d'expansion est de toute évidence insuffisant. Il faut accélérer les activités en s'appuyant sur la volonté politique et les ressources financières mobilisées par les engagements internationaux en faveur de l'accès universel et des objectifs du Millénaire pour le développement.

En plus d'élargir la couverture pour inclure les personnes qui n'ont pas actuellement accès aux services, les pays doivent aussi maintenir et gérer les programmes existants. À l'avenir, il sera essentiel de garantir la qualité des services prêtés car seuls des programmes de qualité pourront obtenir des résultats cliniques optimaux. Il conviendra aussi d'accorder davantage d'attention aux populations qui ne sont pas encore desservies. La même chose est vraie pour les groupes à risque élevé d'infection par le VIH, comme les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe.

Les progrès chèrement acquis de ces dernières années sont fragiles et nécessitent un engagement renouvelé de toutes les parties prenantes. C'est particulièrement vrai au regard de l'ampleur et de la gravité sans précédent de la crise qui a frappé l'économie mondiale. Néanmoins, c'est précisément en raison des effets potentiellement destructeurs du ralentissement économique mondial que nous devons redoubler d'efforts et nous servir de l'élan opérationnel actuel pour consolider les engagements mondiaux en vue de l'accès universel.

Plus vite nous parviendrons à étendre des services de qualité et plus substantiels seront les dividendes que nous retirerons de la baisse du nombre d'infections et du recul de la mortalité. Des millions de personnes pourront ainsi mener une existence plus longue et plus productive, en meilleure santé.



Margaret Chan
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé



Michel Sidibé
Directeur exécutif
ONUSIDA



Ann M. Veneman
Directrice générale
UNICEF

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Avec près de 33 millions de personnes qui vivent avec le VIH et 2,7 millions de nouvelles infections en 2007, l'épidémie de VIH continue de représenter une menace majeure pour la santé mondiale. Bien que les engagements politiques et financiers et les activités des pays aient permis d'élargir l'accès aux services ces dernières années, le nombre réel de nouvelles infections demeure élevé et continue de dépasser l'augmentation annuelle du nombre de patients qui reçoivent un traitement. Le rapport de situation 2009 donne des informations actualisées sur les progrès accomplis pour étendre les interventions prioritaires du secteur de la santé en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH en 2008 en vue de l'accès universel, objectif adopté par la communauté internationale.

Principaux indicateurs des progrès dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2008

	Décembre 2007	Décembre 2008
Nombre d'adultes et d'enfants qui suivent un traitement antirétroviral	2 970 000 [2 680 000-3 260 000]	4 030 000 [3 700 000-4 360 000]
Couverture du traitement antirétroviral chez l'adulte et l'enfant	33% [30-36%]	42% [40-47%]
Nombre d'enfants de moins de 15 ans qui suivent un traitement antirétroviral	198 000	275 700
Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui reçoivent des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH	35% [29-44%]	45% [37-57%]

Dans l'ensemble, la disponibilité et la couverture des interventions prioritaires du secteur de la santé pour la prévention, le traitement et les soins du VIH ont continué à s'étendre dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2008. Pourtant, les progrès ont été inégaux entre pays et au sein des frontières nationales, et beaucoup de lacunes et de difficultés demeurent.

En 2008, on a relevé une nette amélioration du volume et de la portée des données pour mesurer les progrès de l'élargissement des interventions prioritaires. Cent cinquante-huit des 192 États Membres de l'Organisation des Nations Unies ont transmis des données à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA (139 pays à revenu faible ou intermédiaire et 19 pays à revenu élevé), avec des taux de notification plus élevés qu'en 2007 pour beaucoup d'indicateurs. Bien qu'il demeure des incertitudes quant à la qualité des données rapportées, ces progrès ont permis d'analyser plus en détail les résultats du secteur de la santé en vue de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH.

Conseil et dépistage du VIH :

La disponibilité et l'utilisation des services de conseil et dépistage du VIH ont encore augmenté en 2008. Dans

66 pays à revenu faible ou intermédiaire qui possèdent des données comparables, le nombre total d'établissements de santé assurant ces services a enregistré une croissance d'environ 35%, de 25 000 en 2007 à 33 600 en 2008. Dans les enquêtes démographiques réalisées entre 2005 et 2008, le pourcentage médian de répondants séropositifs au VIH âgés de 15 à 49 ans qui ont indiqué avoir fait un test et en avoir reçu le résultat avant l'enquête est passé d'environ 15% (2005-2006, 12 pays) à 39% (2007-2008, 7 pays). Ces résultats peuvent être attribués à l'expansion du conseil et dépistage à l'initiative du soignant dans les établissements de santé, ainsi qu'à diverses approches à l'initiative du patient et des activités à assise communautaire. Mais en dépit de cette expansion des services, la connaissance du statut sérologique demeure médiocre.

Interventions du secteur de la santé en matière de prévention du VIH

Davantage de données ont été mises à disposition en 2008 sur l'épidémiologie de l'infection à VIH dans des groupes très exposés au VIH, comme les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, y compris dans les pays qui connaissent une épidémie généralisée.

Sur les 92 pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont transmis des informations sur les politiques et les programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables, 30 pays assuraient des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues en 2008, et 26 ont indiqué qu'ils proposaient des programmes de traitement de substitution aux opiacés. Le nombre médian de seringues distribuées par consommateur de drogues injectables dans le cadre des programmes d'échange était d'environ 24,4 en Europe et Asie centrale et de 26,5 en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, bien en-deçà de l'objectif recommandé par la communauté internationale qui est de 200 seringues par toxicomane et par an. Dans beaucoup de pays, la criminalisation de l'injection de drogues et l'incapacité de déceler les comorbidités chez beaucoup de toxicomanes représentent des obstacles à l'élargissement des services nécessaires.

Des données récentes ont mis en lumière la dynamique de l'épidémie de VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, notamment en Afrique subsaharienne où les relations sexuelles entre personnes du même sexe ont souvent été considérées comme taboues. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le pourcentage médian d'hommes ayant affirmé qu'ils avaient utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin était d'environ 60%. Le taux d'utilisation du préservatif est très variable selon les régions et les pays, les taux les plus faibles étant relevés en Amérique latine. Plusieurs consultations mondiales et régionales en 2008 ont à nouveau souligné le rôle du

secteur de la santé et défini les interventions prioritaires propres à répondre aux besoins sanitaires des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

D'après les enquêtes menées dans 56 pays, un pourcentage médian de 86% des professionnel(le)s du sexe déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur plus récent client, avec de larges variations entre les pays. Une expansion des programmes encourageant l'utilisation du préservatif chez les professionnel(le)s du sexe doit tenir compte du contexte local ainsi que de l'hétérogénéité du travail sexuel formel ou qui se déroule dans des maisons closes, et du travail sexuel informel.

S'il est possible d'affirmer que l'accès aux interventions de prise en charge du VIH s'élargit dans beaucoup de contextes, les groupes les plus exposés au risque d'infection par le VIH continuent de se heurter à des obstacles techniques, juridiques et socioculturels qui compromettent leur recours aux services de soins de santé.

En 2008, le développement et la mise en œuvre de nouvelles technologies de prévention ont encore progressé. Les 13 pays prioritaires d'Afrique subsaharienne qui enregistrent des taux élevés de transmission hétérosexuelle du VIH et de faibles taux de circoncision ont établi des politiques et des programmes pour accélérer cette intervention afin de réduire le risque d'infection par voie hétérosexuelle chez l'homme. Davantage de pays ont également indiqué qu'ils avaient instauré des politiques pour administrer une prophylaxie post-exposition en cas de contact, professionnel ou non, avec le VIH. Des recherches supplémentaires sont nécessaires sur l'utilisation des antirétroviraux pour la prévention du VIH, notamment sous forme de prophylaxie pré-exposition et de microbicides.

Parmi les pays qui ont transmis des renseignements sur le dépistage des infections transmissibles par transfusion (dont le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C et la syphilis), près de 25% ont reconnu qu'ils étaient dans l'incapacité de dépister une ou plusieurs de ces infections dans tous les dons de sang. Il faut poursuivre les activités afin de garantir la sécurité du sang et des produits sanguins, en particulier dans les pays à faible revenu.

Traitement et soins pour les personnes vivant avec le VIH

L'accès au traitement antirétroviral a continué de s'étendre à un rythme rapide. Fin 2008, plus de 4 millions [3 700 000-4 360 000] de personnes suivaient un traitement antirétroviral dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui représente une augmentation de plus d'un million (36%) par rapport à fin 2007 et une multiplication par dix ces cinq dernières années. La plus forte croissance du nombre de patients sous traitement en 2008 a été observée en Afrique subsaharienne, où près de 2 925 000 [2 690 000-3 160 000] personnes suivaient un traitement antirétroviral à la fin de l'année, alors qu'elles étaient 2 100 000 [1 905 000-2 295 000] en 2007.

On estime que la couverture du traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a atteint 42% [40-47%] en 2008, alors qu'en Afrique subsaharienne, elle était de 43% [41-48%]. En dépit des progrès, plus de 5 millions des 9,5 millions [8 600 000-10 000 000] de personnes qui auraient besoin d'un traitement antirétroviral n'en bénéficiaient toujours pas, ce qui rend absolument essentiel d'accélérer la mise en œuvre des programmes pour atteindre les objectifs de l'accès universel.

Les données ventilées par sexe montrent que les femmes adultes jouissent d'un léger avantage par rapport aux hommes adultes dans l'accès au traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Elles représentaient en effet près de 60% des adultes sous traitement antirétroviral dans les pays ayant transmis des données, mais 55% des personnes qui en avaient besoin.

Un nombre croissant de pays ont communiqué des données sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral. Les données montrent que l'attrition au traitement se produit principalement pendant la première année de mise sous traitement. La rétention se stabilise par la suite. En Afrique subsaharienne, la rétention des patients placés sous traitement antirétroviral était estimée à 75% 12 mois après le début du traitement, et à 67% après 24 mois. Néanmoins, le statut sérologique de nombreuses personnes vivant avec le VIH continue d'être diagnostiqué tardivement, ce qui empêche l'initiation précoce du traitement antirétroviral, quand l'impact sur la survie serait le plus fort.

La tuberculose demeure la principale cause de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. En 2007, 16% des patients tuberculeux déclarés connaissaient leur statut sérologique, avec pour conséquence de médiocres taux d'accès à la thérapie par cotrimoxazole et au traitement antirétroviral pour ceux d'entre eux qui sont séropositifs.

Services de prise en charge du VIH pour les femmes et les enfants, y compris la prévention de la transmission mère-enfant

L'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire s'est à nouveau élargi en 2008. En 2008, 21% des femmes enceintes ont bénéficié d'un test de dépistage, contre 15% en 2007 ; et 45% [37-57%] des femmes enceintes séropositives ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant.

Les pays ont été plus nombreux à utiliser une association de médicaments efficaces de prophylaxie antirétrovirale, même si près de 31% des femmes enceintes séropositives dans 97 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant transmis des données ont encore reçu une dose unique d'antirétroviral.

On estime qu'en 2008, 34% des femmes enceintes qui ont obtenu un résultat positif au test du VIH ont été examinées afin de déterminer si un traitement antirétroviral était indiqué pour protéger leur propre santé. L'initiation en temps utile du traitement antirétroviral chez les mères en ayant

besoin est capital, non seulement pour réduire la mortalité maternelle, mais aussi pour diminuer la transmission périnatale ou pendant l'allaitement.

En 2008, 38% [31-47%] des 730 000 [580 000-880 000] enfants qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire y avaient accès. Le nombre d'établissements de santé assurant un traitement antirétroviral pédiatrique a augmenté de près de 80% entre 2007 et 2008 et le nombre d'enfants qui suivent un traitement antirétroviral a progressé d'environ 40%. Environ 8% des nourrissons nés de mères séropositives avaient été mis sous cotrimoxazole à l'âge de deux mois, soit plus de deux fois le chiffre rapporté en 2007.

Dans 41 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant transmis des données, seulement 15% des enfants de mères séropositives avaient bénéficié d'un dépistage du VIH dans les deux mois suivant leur naissance. Des efforts pour améliorer le diagnostic précoce chez le nourrisson et démarrer un suivi postnatal plus efficace en intégrant les services de prise en charge du VIH avec les services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant sont nécessaires afin d'assurer une continuité de la prévention et des soins pour les femmes et les enfants.

Systèmes de santé et VIH

Des systèmes de santé solides et la poursuite des synergies avec les investissements en faveur des programmes de lutte contre le VIH sont essentiels pour parvenir à un accès universel aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH. Les pays adoptent des stratégies telles que

la délégation des tâches pour compenser les pénuries de ressources humaines. Des recherches montrent que ces stratégies permettent des améliorations dans l'accès, la couverture et la qualité des services de santé à un coût comparable ou inférieur aux modèles de prestation traditionnels. Il est tout aussi conseillé d'accorder une attention à la qualité des services, de donner des possibilités de formation permanente aux agents de santé et de prendre des mesures pour prévenir la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH dans les établissements de santé.

Un certain nombre de pays ont aussi consolidé leurs procédures d'achat et de gestion des approvisionnements des médicaments contre le VIH et d'autres produits pharmaceutiques. Ces mesures semblent avoir des effets bénéfiques sur les systèmes globaux. Pourtant, en 2008, 34% des pays à revenu faible ou intermédiaire ayant communiqué des données avaient connu au moins une rupture de stock en antirétroviral.

Les investissements en faveur des systèmes d'information sanitaire demeurent déterminants pour permettre aux pays de créer et d'utiliser une information stratégique pour surveiller les progrès de l'extension des services de VIH dans le secteur de la santé, et d'évaluer les conséquences des programmes. Bien que de plus en plus de données soient transmises par les enquêtes et les programmes nationaux, leur qualité et leur complétude sont inégales. De même, des données sont requises pour rendre des comptes au regard des objectifs nationaux et internationaux, et pour garantir un financement pérenne de la riposte au VIH, tout spécialement dans le contexte de la récession financière.

1. INTRODUCTION

Le secteur de la santé joue un rôle central pour assurer des services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH, guidés par des recommandations à base factuelle et assurés par des systèmes de santé consolidés. Bien que la riposte mondiale au VIH/sida ait facilité les progrès remarquables accomplis ces cinq dernières années, notamment les engagements politiques et financiers concertés et l'accès toujours croissant aux interventions de prévention, de traitement et de soins, le nombre annuel de nouvelles infections demeure élevé et dépasse la hausse annuelle du nombre de personnes qui ont la possibilité d'avoir accès au traitement. Le secteur de la santé fait face à des préoccupations concernant la viabilité des programmes et l'inégalité persistante dans l'accès aux services. Néanmoins, de nouvelles données scientifiques continuent d'offrir des occasions de promouvoir des approches plus intégrées de la prévention et du traitement du VIH.

Ce rapport brosse un tableau complet et à jour des progrès dans le monde pour étendre la riposte du secteur de la santé au VIH/sida en 2008. Cet ouvrage est le troisième d'une série de rapports de situation annuels publiés par l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux (1,2) pour documenter l'expansion des interventions prioritaires du secteur de la santé pour la prévention, le traitement et les soins du VIH dans le monde, en se fondant sur les rapports précédents relatifs à l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » sur l'élargissement du traitement antirétroviral (3-6). Il évalue les réalisations actuelles et les difficultés qui demeurent pour se rapprocher de l'objectif d'un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH et il aborde les actions prioritaires pour l'avenir.

1.1. Antécédents et contexte mondial en 2008

Avec près de 33 millions [30 millions-36 millions] de personnes vivant avec le VIH et 2,7 millions [2,2 millions-3,2 millions] de nouvelles infections en 2007, l'épidémie de VIH constitue encore une menace majeure pour la santé dans le monde (7). Près de 2 millions [1,9 million-2,3 millions] des personnes vivant avec le VIH en 2007 étaient des enfants âgés de moins de 15 ans, dont la plupart ont été infectés par leur mère pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. L'Afrique subsaharienne demeure la région la plus gravement touchée, et elle abrite les deux tiers des personnes vivant avec le VIH dans le monde. L'épidémie a commencé à se stabiliser ou à reculer dans beaucoup de pays de la région, même si c'est à des niveaux très élevés. Dans d'autres régions, les infections augmentent dans un certain nombre de pays et touchent de manière disproportionnée les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Les données récentes montrent également que ces groupes sont à risque

Encadré 1.1. Les objectifs du Millénaire pour le développement

Les huit objectifs du Millénaire pour le développement, définis par les États Membres de l'Organisation des Nations Unies en 2000, invitent les pays et les partenaires du développement à parvenir aux réalisations suivantes, d'ici à 2015 :

- ❶ éradiquer l'extrême pauvreté et la faim ;
- ❷ assurer l'enseignement primaire pour tous ;
- ❸ promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ;
- ❹ réduire la mortalité infantile ;
- ❺ améliorer la santé maternelle ;
- ❻ combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ;
- ❼ préserver l'environnement ; et
- ❽ mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Chaque objectif est assorti de cibles spécifiques et mesurables pour guider l'action. L'objectif 6 demande aux pays, d'ici à 2015, d'avoir enrayé la propagation du VIH/sida et d'avoir commencé à inverser la tendance actuelle et d'ici à 2010, d'assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida. Les progrès de la riposte au VIH/sida est essentielle non seulement pour réaliser l'objectif 6, mais aussi pour atteindre les objectifs 4 et 5, qui prévoient de réduire la mortalité maternelle et infantile et de promouvoir l'accès universel aux services de santé génésique. La riposte à l'épidémie de VIH/sida influencera également la réalisation d'autres objectifs.

élevé d'infection par le VIH dans les pays qui connaissent une épidémie généralisée de VIH.

Ces dix dernières années, la communauté internationale a donné la priorité à la riposte au VIH/sida dans le cadre de ses engagements pour atteindre les objectifs de la santé dans le monde. En 2001, la première session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida a adopté une Déclaration d'engagement pour répondre à une épidémie en expansion, qui affirmait le consensus mondial des États décidés à enrayer et inverser la propagation du VIH dans le cadre plus large des objectifs du Millénaire pour le développement (encadré 1.1). (8,9). Avec le lancement, en 2003, de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », les partenaires nationaux et internationaux ont galvanisé un soutien sans précédent pour élargir l'accès au traitement des personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en tant qu'urgence de santé publique (10). Par la suite, lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le sida en 2006, les pays se sont engagés à travailler en vue d'un accès universel à des services complets de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH à l'horizon 2010 (11). Cet engagement mondial s'est accompagné d'un accord visant à définir des objectifs nationaux fondés sur les besoins et les ressources propres aux pays.

Les engagements politiques ont aussi été étayés par un soutien financier considérable de partenaires comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le

paludisme, le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida et d'autres sources bilatérales, nationales et non gouvernementales ou privées (encadré 1.2). Au cours de la réunion du Groupe des huit pays (G8) organisée à L'Aquila, Italie, en juillet 2009, les Chefs d'État et de gouvernement se sont engagés à « redoubler d'efforts vers l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH/sida d'ici à 2010 » et à « promouvoir une approche globale et intégrée de la réalisation des

objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé » (12). Bien que l'aide internationale accordée par le G8, la Commission européenne et d'autres gouvernements donateurs à la riposte au VIH ait atteint son plus haut niveau en 2008, un déficit de plus de \$US 6 milliards demeure entre les ressources nécessaires et les fonds disponibles (13). Financer une riposte soutenue et complète au VIH reste un défi ambitieux pour l'avenir, en particulier si l'on tient compte du ralentissement économique qui a frappé l'économie mondiale en 2008.

Encadré 1.2. Structure du financement mondial de la riposte au VIH

Les ressources allouées à la riposte au VIH ont augmenté sensiblement ces dernières années par le biais d'une structure mondiale de financement en évolution.

Financement international

De 2002 à 2008, les engagements et les décaissements pour la riposte au VIH provenant de pays à revenu élevé ont été multipliés par plus de cinq fois chacun. Les engagements globaux pour le financement de la lutte contre le VIH des pays à revenu élevé se chiffraient à \$US 8,7 milliards en 2008, contre \$US 6,6 milliards l'année précédente, soit leur plus haut niveau à ce jour. Les décaissements globaux de l'aide publique au développement liée au VIH des pays à revenu élevé se montaient à \$US 7,7 milliards en 2008, avec une augmentation de 56% par rapport à 2007 (13).

De nouvelles initiatives mondiales sont devenues des mécanismes importants de financement de l'extension des interventions en matière de VIH. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est maintenant une source majeure de financement des programmes de lutte contre le VIH dans le monde et il a canalisé près de 23% des flux totaux de ressources en 2008 (14). Le Fonds mondial a approuvé 94 nouvelles propositions dans le cadre de son huitième appel à peages en novembre 2008, portant la valeur de son portefeuille total à plus de \$US 15 milliards, finançant des projets dans 140 pays.

La Banque mondiale a aussi élargi le soutien financier et technique qu'elle apporte aux programmes en matière de VIH, en fournissant des prêts à taux préférentiel ou non, en plus de subventions, aux pays à revenu faible ou intermédiaire. Son programme plurinational de lutte contre le VIH/sida pour l'Afrique a alloué plus de \$US 1,8 milliard dans 35 pays, dont cinq projets régionaux qui abordent des questions transfrontalières (15). Dans l'ensemble, les fonds liés au VIH de 1989 au 21 juillet 2009 ont atteint plus de \$US 3,1 milliards (16).

L'UNITAID a consolidé son rôle de principal bailleur de fonds pour élargir l'accès aux médicaments et au matériel de diagnostic pour le VIH, le paludisme et la tuberculose. Financé en partie par les recettes d'une taxe sur les billets d'avion, l'UNITAID a approuvé de nouveaux projets d'une valeur de \$US 192 millions en 2008, portant ses engagements totaux à \$US 450 millions (17).

Les flux bilatéraux qui proviennent des membres du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont aussi augmenté pour parvenir à \$US 3,5 milliards en 2006-2007 (18). Cette hausse des flux bilatéraux d'assistance est principalement due aux États-Unis d'Amérique, par le biais du Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida. Ce plan, qui est le plus vaste programme bilatéral au monde en matière de sida, a reçu une nouvelle autorisation de dépense en juillet 2008, à hauteur de \$US 48 milliards jusqu'en 2013 pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Dans l'ensemble, les États-Unis d'Amérique sont demeurés le principal bailleur de fonds pour la riposte mondiale au VIH en 2008, avec une contribution qui représentait plus de la moitié (51,3%) des décaissements effectués par des gouvernements donateurs. Le Royaume-Uni arrivait en deuxième position avec 12,6%, suivi des Pays-Bas (6,5%), de la France (6,4%), de l'Allemagne (6,2%), de la Norvège (2%) et de la Suède (2%).

L'an dernier, on a aussi assisté au lancement de plusieurs nouvelles initiatives visant à améliorer la coordination et accroître les synergies entre les partenaires. Le Groupe I-8 pour les objectifs du Millénaire pour le développement, qui rassemble huit initiatives financières, des institutions des Nations Unies et des représentants de la société civile pour étudier et élargir des mécanismes de financement mondial de la santé, a tenu sa première réunion en mai 2009 (19). L'Équipe spéciale de haut niveau sur le financement novateur pour les systèmes de santé, qui opère en conjonction avec le Partenariat international pour la santé (IHP+), a dernièrement publié des recommandations sur des mécanismes novateurs de financement en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (20).

Financement national

Fin 2008, les principales sources de financement des programmes de lutte contre le VIH dans le monde étaient les dépenses intérieures des pays touchés (52%), la coopération bilatérale directe (31%), les institutions multilatérales (12%) et le secteur philanthropique (5%) (21). On estime que pour parvenir à un accès universel, l'aide internationale devra encore compléter les ressources nationales afin de combler le déficit entre les ressources requises et celles qui sont disponibles.

Financement philanthropique

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. La Fondation Bill et Melinda Gates est la principale source individuelle d'assistance privée au développement pour la santé, avec des contributions s'élevant à près de \$US 2 milliards en 2006 comme en 2007 (22).

En 2008 on disposait de plus de données que jamais auparavant pour évaluer les progrès dans le secteur de la santé, ce qui a permis de mieux cerner la situation et les manques actuels. Les informations montrent que l'accès aux interventions prioritaires du secteur de la santé pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH s'est élargi dans les pays à revenu faible ou intermédiaire dans le monde, même si les progrès dans beaucoup de pays demeurent limités par la faiblesse des systèmes de santé et les obstacles socioculturels que rencontrent les personnes à risque élevé de contracter l'infection à VIH. Il reste essentiel de poursuivre les investissements en faveur de l'information stratégique pour « connaître l'épidémie » et surveiller la riposte afin d'améliorer les programmes et leurs résultats.

Des évolutions politiques et techniques notables ont aussi marqué la riposte du secteur de la santé au VIH en 2008. La communauté internationale s'est félicitée du prix Nobel de médecine 2008 décerné aux scientifiques Françoise Barré-Sinoussi et Luc Montagnier pour leur découverte du VIH en 1981 et leur contribution à la compréhension actuelle de la maladie et de son traitement (23). De nouvelles données scientifiques se sont accumulées sur l'initiation et la prise en charge du traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent et sur l'utilisation des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Fin 2009, l'OMS mettra jour ses recommandations à la lumière de ces données (24,25). La nécessité de combiner les perspectives comportementales avec les méthodes biomédicales a reçu davantage d'attention, alors que de nouvelles données ont été recueillies sur le rôle des médicaments antirétroviraux comme prophylaxie pré-exposition pour prévenir la transmission du VIH.

Aussi en 2008, plus de données et des activités renforcées de plaidoyer ont aidé à recentrer l'attention sur les besoins en prévention et soins de groupes à risque élevé d'infection par le VIH, notamment les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables, même dans les épidémies généralisées. Une nouvelle évaluation de l'épidémie conjointe de VIH et de tuberculose a doublé le nombre estimé de personnes vivant avec ces deux infections, ce qui rend d'autant plus nécessaire de renforcer les interventions concertées. De nombreuses études et des forums internationaux ont affirmé l'importance de la synergie entre les initiatives mondiales de santé, le renforcement des systèmes de santé et le renouveau des soins de santé primaires. Ces évolutions façonneront les activités futures pour étendre la riposte au VIH en vue des objectifs d'un accès universel.

1.2. Sources des données et méthodes

La volonté internationale d'étendre la riposte au VIH/sida doit s'accompagner d'efforts concertés pour suivre les réalisations et maintenir la responsabilité à l'égard de ces objectifs chez les autorités nationales et internationales. Ces dernières années, l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont régulièrement recueilli des données auprès des pays pour surveiller les progrès vers les objectifs internationaux, notamment la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida

de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », l'élargissement en vue de l'accès universel et les objectifs du Millénaire pour le développement.

Pour la première fois en 2009, l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont recueilli conjointement des données auprès des programmes nationaux par un formulaire commun afin de surveiller les progrès de la riposte du secteur de la santé (encadré 1.3). L'outil comprend 46 indicateurs sur la prévention, le traitement et les soins dans les domaines suivants du secteur de la santé (voir la liste des indicateurs à l'annexe) :

- conseil et dépistage du VIH ;
- prévention du VIH dans les établissements de santé ;
- prévention de la transmission sexuelle du VIH et de la transmission du virus par la consommation de drogues injectables ;
- prise en charge des infections sexuellement transmissibles ;
- soins du VIH et interventions pour traiter la coinfection VIH/tuberculose ;
- traitement antirétroviral ;
- interventions de lutte contre le VIH pour les femmes et les enfants, notamment la prévention de la transmission mère-enfant ; et
- systèmes de santé.

Le formulaire comprend aussi des questions relatives aux politiques et aux programmes. Les indicateurs sont sélectionnés conformément aux documents suivants : *Monitoring and reporting on the health sector's response towards universal access to HIV/AIDS treatment, prevention, care and support, 2009-2010: WHO framework for global*

Encadré 1.3. Mesurer les progrès vers l'accès universel

« L'accès » est un vaste concept qui mesure trois dimensions des interventions du secteur de la santé : la disponibilité, la couverture et 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 qualité. 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 ou la prestation de services, et par la demande des personnes qui ont besoin de ces services et par leur comportement à cet égard.

Les *résultats* et l'*impact* sont définis comme des effets à moyen terme, tels que des changements de comportement ou des taux plus élevés de survie, et des effets à long terme, comme un taux d'infection en baisse, respectivement. Les résultats et l'impact sont le résultat de la couverture et dépendent de l'efficacité et de l'efficience des interventions.

monitoring and reporting (26) et *Report Card on Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV and Paediatric HIV Care and Treatment in Low- and Middle-income Countries*, publié conjointement par l'UNICEF et l'OMS, au nom de l'Équipe spéciale interinstitutions élargie (IATT) sur la prévention de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants (27). Les indicateurs sont conformes à ceux développés par les partenaires, par exemple pour le suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (28).

De janvier à avril 2009, les bureaux nationaux de l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont collaboré avec les autorités nationales pour recueillir un ensemble complet de données sur les progrès mondiaux de l'extension de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida en 2008. Les données ont alors été validées aux niveaux régional et mondial par un processus d'examen collectif et de communication avec les partenaires au niveau national, et conciliées au niveau mondial avec les données recueillies d'autres partenaires internationaux, notamment des organisations bilatérales et multilatérales (pour plus de détails, voir les notes explicatives des annexes statistiques).

Ce rapport présente également des données provenant d'autres sources, en particulier des enquêtes spéciales (par exemple sur le prix et l'utilisation des médicaments antirétroviraux et d'autres produits de santé, et la surveillance de la pharmacorésistance du VIH), des enquêtes plus détaillées sur la population (comme les enquêtes démographiques et sanitaires) (29) et des publications scientifiques. En rassemblant de multiples sources d'information, le rapport brosse un tableau complet, à jour et faisant autorité des réalisations du secteur de la santé en 2008 en vue de l'accès universel aux services de prévention, de traitement et de soins.

En 2008, l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont reçu des données de 158 pays (sur 192 États Membres des Nations Unies) : 139 pays à revenu faible ou intermédiaire et 19 pays à revenu élevé. Les taux de réponse variaient selon les indicateurs et sont présentés aux chapitres correspondants.

Bien que le présent rapport se concentre principalement sur les progrès dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, des données importantes provenant de pays à revenu élevé ont aussi été incluses lorsqu'elles étaient pertinentes et disponibles.

1.3. Structure du rapport

Ce rapport est organisé de la manière suivante :

Le *chapitre 1* présente les objectifs du rapport et les méthodes utilisées pour suivre les progrès vers l'accès universel.

Le *chapitre 2* recense les progrès mondiaux dans l'extension du conseil et dépistage du VIH.

Le *chapitre 3* décrit les avancées des interventions du secteur de la santé pour la prévention du VIH, notamment pour les groupes les plus exposés au risque d'infection à VIH.

Le *chapitre 4* présente les améliorations mondiales dans l'accès au traitement et aux soins pour les personnes vivant avec le VIH.

Le *chapitre 5* expose les progrès accomplis pour élargir les services de VIH pour les femmes et les enfants, notamment ceux qui visent à prévenir la transmission mère-enfant du virus.

Le *chapitre 6* résume les informations disponibles sur les systèmes de santé et la riposte au VIH.

Le *chapitre 7* identifie les principaux obstacles et les prochaines étapes pour parvenir aux objectifs internationaux.

Les annexes statistiques fournissent des données nationales sur la couverture mondiale du traitement antirétroviral et des services pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, ainsi que des notes complémentaires sur les sources des données et les méthodes utilisées.

Références

1. *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/pub/2007progressreport/en/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
2. *Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2008.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/hiv/pub/2008progressreport/en/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
3. 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/3by5/publications/progressreport/en/>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
4. 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/progressreport/en/>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
5. OMS et ONUSIDA. *« 3 millions d'ici 2005 ». Rapport de situation. De décembre 2003 à juin 2004.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (<http://www.who.int/3by5/publications/progressreport/en/>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
6. 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 1^{er} septembre 2009).
7. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008.* Genève, ONUSIDA, 2008 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/default.asp>, consulté le 1^{er} septembre 2009). L'ONUSIDA et l'OMS publieront des estimations actualisées sur le VIH en novembre 2009.
8. 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>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
9. *Les objectifs du Millénaire pour le développement.* New York, Nations Unies, 2001 (<http://www.un.org/french/millenniumgoals>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
10. *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005. Comment y parvenir : la stratégie de l'OMS.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://www.who.int/3by5/publications/documents/isbn9241591129>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
11. Assemblée générale des Nations Unies. *Déclaration politique sur le VIH/sida.* New York, Nations Unies, 2006 (document 60/262 de l'Assemblée générale des Nations Unies, <http://www.unaids.org/fr/AboutUNAIDS/Goals/2006Declaration/default.asp>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
12. *Responsible leadership for a sustainable future.* Déclaration des dirigeants du G8 au sommet de L'Aquila, Italie, 8-10 juillet 2009. Rome, Cabinet du Premier Ministre, 2009.
13. Kates J, Lief E, Avila C. *Financing the response to AIDS in low- and middle-income countries: international assistance from the G8, European Commission and other donor governments in 2008.* Geneva, UNAIDS and Menlo Park, CA, Kaiser Family Foundation, 2009 (http://data.unaids.org/pub/Presentation/2009/20090704_UNAIDS_KFF_G8_CHARTPACK_2009_en.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
14. *Rapport d'activités, mars 2009.* Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2009 (http://www.theglobalfund.org/documents/publications/progressreports/ProgressReport2008_fr.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
15. *Multi-Country HIV/AIDS Program for Africa.* Washington, DC, World Bank, 2009 (<http://go.worldbank.org/I3A0B15ZN0>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
16. Projets de lutte contre le VIH/sida : financement pour le VIH/sida (engagements et décaissements) [site Internet]. Washington, Banque mondiale, 2009 (<http://go.worldbank.org/GF367IDHD0>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
17. *UNITAID : Rapport annuel 2008.* Genève, UNITAID, 2009 (http://www.unitaid.eu/images/news/annual_report_2008_fr.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
18. *Measuring aid to HIV/AIDS control.* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009 (<http://www.oecd.org/dataoecd/60/8/42843897.pdf>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
19. *Un financement novateur pour le développement : l'objectif du nouveau Groupe I-8.* Genève, ONUSIDA, 2009 (http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20090520_I-8.asp, consulté le 1^{er} septembre 2009).
20. GAVI Alliance, the Global Fund and the World Bank. *Update on joint programming for the High Level Task Force on Innovative International Financing for Health Systems.* Geneva and Washington, DC, International Health Partnership, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/taskforce/HSSPaper%20vf_20May09_clean.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
21. *Ce dont les pays ont besoin : Investissements nécessaires pour atteindre les objectifs de 2010.* Genève, ONUSIDA, 2009 (http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1681_what_countries_need_fr.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
22. Ravishankar N et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet*, 2009, 373:2113-2123.

23. Nobel Assembly at Karolinska Institutet. *The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2008. Press release, 6 October 2008*. Stockholm, Nobel Foundation, 2008 (http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2008/press.html, consulté le 1^{er} septembre 2009).
24. Révisions des recommandations de l'OMS sur le traitement antirétroviral chez la femme enceinte et prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson [site Internet]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/hiv/topics/mtct/revisions/en/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
25. Révisions des recommandations de l'OMS sur le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent [site Internet]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/revisions/en/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
26. *Monitoring and reporting on the health sector's response towards universal access to HIV/AIDS treatment, prevention, care and support, 2009–2010: WHO framework for global monitoring and reporting*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/hiv_me_framework_2009-10.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
27. *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/files/PMTCT_Report_Card_2006_final.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
28. *Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida : Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida – Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base, établissement des rapports 2010*. Genève, ONUSIDA, 2009 (http://data.unaids.org/pub/Manual/2009/JC1676_Core_Indicators_2009_fr.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
29. Enquêtes démographiques et sanitaires [site Internet]. Calverton, MD, ICF MACRO, MEASURE DHS, 2009 (<http://www.measuredhs.com>, consulté le 1^{er} septembre 2009).

2. CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH

Principales conclusions

- Les pays ont été plus nombreux en 2008 que les années précédentes à transmettre des informations sur le conseil et le dépistage du VIH. En effet, 119 pays ont des données sur la disponibilité de ces services dans les établissements de santé et 101 ont donné des chiffres sur leur utilisation, contre 81 et 53 pays respectivement en 2007.
- Près de 90% des pays qui ont présenté des rapports se sont dotés de des politiques nationales de conseil et dépistage du VIH en 2008, alors qu'ils n'étaient que 70% en 2007. Parmi les 53 pays à épidémie généralisée de VIH qui ont fourni des informations sur le conseil et dépistage à l'initiative du soignant, la moitié ont affirmé que leurs politiques encourageaient les agents de santé à proposer le conseil et le dépistage à tous les individus se rendant à une consultation, qu'ils présentent ou non des symptômes et quel que soit le type d'établissement.
- Le nombre déclaré d'établissements de santé qui assurent des services de conseil et dépistage du VIH a atteint 95 300 en 2008 (119 pays), contre 30 500 en 2007 (81 pays) et 21 900 en 2006 (52 pays). Dans 66 pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont transmis des données comparables en 2007 et 2008, la disponibilité combinée de services de conseil et dépistage du VIH a grimpé de 25 000 à 33 600, avec des taux divers selon les pays.
- L'expansion des services de conseil et dépistage du VIH est allée de pair avec une augmentation de leur utilisation. Dans 39 pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont fourni des données comparables en 2007 et 2008, le nombre cumulé déclaré de tests du VIH a plus que doublé sur cette période de deux ans.
- D'après les résultats obtenus dans six pays de l'Afrique subsaharienne qui ont mené à plusieurs reprises des enquêtes démographiques depuis 2002, un pourcentage croissant des participants aux enquêtes déclarent avoir fait un dépistage du VIH ces dernières années. Les données montrent aussi que, dans l'ensemble, les femmes sont plus nombreuses à affirmer avoir été testées que les hommes.
- En dépit de ces progrès dans la disponibilité et l'utilisation des services de conseil et dépistage, la connaissance du statut sérologique reste insuffisante. Sept enquêtes démographiques réalisées en 2007 et 2008 indiquent que le pourcentage médian de personnes vivant avec le VIH qui connaissaient leur statut sérologique demeurait inférieur à 40%.
- Les proportions déclarées de groupes particulièrement exposés qui ont bénéficié de services de conseil et dépistage du VIH les 12 mois précédant l'enquête sont aussi insuffisantes. Le pourcentage médian des personnes ayant fait un test du VIH était de 38% parmi les professionnel(le)s du sexe (dans 45 pays ayant transmis des données), 23% parmi les consommateurs de drogues injectables (dans 26 pays) et 30% chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (31 pays).
- Il est nécessaire d'utiliser des méthodes diverses et appropriées à l'initiative du soignant et du patient pour élargir le recours aux services de conseil et dépistage du VIH et faciliter l'accès à la prévention, aux soins et au traitement.

Les services de conseil et dépistage sont souvent considérés comme le point d'entrée vers les services de prévention, de traitement et de soins du VIH, et ils doivent être liés à la prévention et aux soins afin d'élargir la couverture des services de prise en charge du VIH. Bien que plusieurs modèles de dépistage à l'initiative du patient ou du soignant augmentent la disponibilité des services et que davantage de personnes se fassent désormais tester pour le VIH, la connaissance du statut sérologique demeure modérée et l'infection est souvent diagnostiquée à un stade avancé. Le faible recours au dépistage du virus est l'une des raisons de l'accès tardif au traitement antirétroviral des personnes qui en ont besoin ; il est aussi responsable du taux élevé de mortalité dans les mois suivant l'initiation du traitement (voir chapitre 4). Même lorsqu'une personne déclare savoir qu'elle est séronégative, cette connaissance n'est pas nécessairement exacte.

Ce chapitre fait le point sur la situation mondiale concernant la disponibilité et la couverture du conseil et dépistage du VIH. Bien que les données soient encore insuffisantes, on dispose de plus en plus d'informations sur les politiques et les programmes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et le processus par lequel cette information est recueillie et traitée s'améliore rapidement. En 2008, pas moins de 119 pays ont publié des données sur la disponibilité du conseil et dépistage du VIH dans les établissements de santé et 101 pays ont donné des informations sur le recours à ces services, contre 81 et 53 pays respectivement en 2007. Toutes les sources indiquent des tendances à la hausse dans la disponibilité et l'utilisation des services de conseil et dépistage du VIH. Elles montrent aussi que les progrès sont inégaux entre les pays et à l'intérieur des frontières nationales (encadré 2.1).

2.1. Politiques de conseil et dépistage du VIH

L'OMS et l'ONUSIDA recommandent de continuer d'élargir le conseil et dépistage du VIH à l'initiative du patient (que

les individus demandent activement dans un établissement qui offre ces services) et le conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. Dans ce dernier cas, le soignant recommande un test du VIH :

- à toute personne, dont l'état clinique peut résulter d'une infection à VIH sous-jacente, et ce quel que soit le type d'épidémie ;
- comme volet standard des soins de santé pour toute personne consultant dans un établissement de santé en cas d'épidémie généralisée ; et
- plus sélectivement dans les épidémies concentrées et peu étendues.

Les données montrent que le nombre de pays qui ont défini des politiques nationales de conseil et dépistage du VIH ont augmenté ces dernières années. Près de 90% (111 des 125 pays ayant présenté un rapport) ont indiqué avoir des politiques de conseil et de dépistage du VIH, soit davantage qu'en 2007 quand 70% (58 des 82 pays ayant transmis des informations) disposaient de ce type de politiques.

Deuxièmement, les services de conseil et dépistage évoluent : au lieu d'être limités au modèle à l'initiative du patient (appelé aussi conseil et dépistage volontaires) ils tendent à évoluer vers d'autres modalités, particulièrement le conseil et dépistage à l'initiative du soignant. Les pays accordent plus d'attention au dépistage dans les établissements de santé, aidés en cela par les recommandations de l'OMS et l'ONUSIDA. Le Guide OMS/ONUSIDA du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé publié en 2007 (3) a défini les conditions dans lesquelles le dépistage pouvait être proposé et réalisé dans les établissements de santé, ainsi que les principaux éléments destinés à garantir le respect des droits des individus. D'après les informations transmises par les pays, les politiques accordent effectivement plus d'attention au conseil et au dépistage à l'initiative du soignant. Sur 110 pays ayant fourni des informations sur ces politiques en 2008, 95 ont indiqué que leur politique encourageait

Encadré 2.1. Sources et interprétation des données

Pour décrire la disponibilité des services de conseil et dépistage du VIH et leur couverture, il faut obtenir des informations sur les services eux-mêmes, ainsi qu'une estimation de la taille de la population qui doit être desservie, ce qui, à son tour, dépend de l'évaluation de l'état de l'épidémie de VIH et de ses caractéristiques dans différents pays. Par conséquent, les données doivent être recueillies à partir de plusieurs sources, comme les informations sur l'achat de tests du VIH (encadré 2.2) ; les dossiers des programmes du secteur national de la santé ; les enquêtes auprès de populations précises ou les rapports de différents groupes ; et les enquêtes basées sur des échantillons de population. On se heurte à certaines limitations quand on combine l'information provenant de plusieurs pays : les définitions ne sont pas toujours normalisées, et les mesures dépendent de l'organisation des services. Par exemple, les données sur la disponibilité et l'utilisation des services ne couvrent pas nécessairement tous les établissements publics, privés et non gouvernementaux dans le pays ou n'incluent pas tous les secteurs qui assurent des services de conseil et dépistage du VIH.

En dépit de ces lacunes, il est possible de dresser dans les grandes lignes un état des lieux des services de conseil et dépistage du VIH aux niveaux mondial et régional en 2008. Cette section utilise les sources suivantes : les rapports de programmes nationaux adressés à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA au cours de différentes périodes ; des enquêtes basées sur des échantillons de population menées entre 2005 et 2008, en accordant une attention particulière aux enquêtes répétées conduites dans les mêmes pays ; le GPRM (*Global Price Reporting Mechanism*) du Service de médicaments et produits diagnostiques concernant le SIDA (AMDS) (1) ; et les évaluations de la disponibilité et l'utilisation des services réalisées au niveau des districts dans des pays choisis, dans le cadre de l'évaluation quinquennale du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2). Le tableau brossé ici tente d'ordonner de multiples sources d'information. Des analyses plus détaillées exigeraient un investissement plus systématique de ressources en faveur de l'information stratégique.

le conseil et dépistage à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. De plus, 89 pays ont déclaré que leurs recommandations sur le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant garantissent la confidentialité et le consentement éclairé.

En cas d'épidémie généralisée, le Guide OMS/ONUSIDA préconise de proposer le dépistage du VIH comme élément standard des soins dans les établissements de santé, alors que dans une épidémie concentrée ou peu étendue, il suggère

de renforcer le dépistage du VIH dans des établissements de santé sélectionnés. Parmi les 53 pays qui connaissent une épidémie généralisée et qui ont fourni des informations sur les politiques de conseil et dépistage à l'initiative du soignant en 2008, la moitié (dont 20 en Afrique subsaharienne) indiquent que leurs politiques encouragent les agents de santé à proposer le conseil et le dépistage à tous les patients, qu'ils présentent ou non des symptômes et quel que soit le type d'établissement. En 2007, 12 seulement des 27 pays à épidémie généralisée ayant présenté un rapport s'étaient dotés de telles politiques.

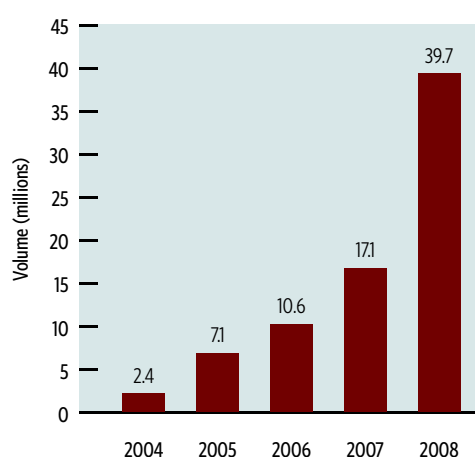
De même, 66 des 82 pays où sévit une épidémie concentrée ou peu étendue avaient des politiques ou des directives pour élargir le conseil et dépistage du VIH dans des établissements de santé sélectionnés tels que ceux qui assurent des services prénatals, la prise en charge de la tuberculose, la santé génésique et de la santé pour les groupes de population les plus exposés ; 17 de ces pays étaient situés en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, 12 en Amérique latine et aux Caraïbes, 17 en Europe et Asie centrale et 9 au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

Une troisième observation majeure concernant les politiques relatives au conseil et dépistage du VIH est que la plupart des pays proposent le test gratuitement dans le secteur public. En 2008, 94 des 101 pays toutes régions confondues avaient des politiques de gratuité du dépistage du VIH dans le secteur public (encadré 2.2).

Encadré 2.2. Volumes des transactions de tests du VIH

Les données sur l'achat de tests du VIH au niveau mondial révèlent aussi une croissance de la demande et de l'utilisation du dépistage du VIH dans le monde. Le GPRM (*Global Price Reporting Mechanism*) renseigne sur les prix et les volumes des transactions sur des produits destinés à diagnostiquer le VIH réalisées par les pays à revenu faible, moyen inférieur ou moyen supérieur (1). Fin 2008, les données sur les transactions étaient disponibles pour 75 pays. Ces données ont été analysées pour 15 tests rapides pendant la période allant de 2004 au premier trimestre de 2009 et pour six tests ELISA (acronyme anglais de *enzyme-linked immunosorbent assay*) et quatre tests de confirmation achetés entre 2007 et le premier trimestre 2009¹. Elles ont montré que, de 2007 à 2008, le nombre de tests rapides achetés avait presque doublé (figure 2.1). Il est difficile d'analyser la représentativité de ces données du GPRM et leur comparabilité dans le temps car elles ne couvrent qu'une fraction des transactions mondiales de tests diagnostiques. Néanmoins, elles recoupent les informations transmises par les programmes sur le recours accru au dépistage.

Figure 2.1. Volumes des transactions de tests rapides du VIH, 2004–2008



¹ Tests rapides : Capillus HIV 1/2, Clearview Complete HIV 1/2, Determine HIV 1/2, DoubleCheck Gold HIV 1/2, First Response HIV 1.2.0, Genie II HIV 1/2, HIV 1/2 Antibody Colloidal Gold, HIV Tri-dot, Immunocombi Bispot HIV 1/2, OraQuick HIV 1/2, Retrocheck HIV test, SD Bioline HIV 1/2 3.0, Serodia HIV 1/2, Stat-Pak HIV 1/2, Uni-Gold HIV. Tests ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) : Enzygnost Anti-HIV 1/2, Genedia HIV Ag-Ab, Genscreen HIV 1/2 V2, HIV EIA Elisa, Murex HIV Ag-Ab, Vironostika HIV Uni-form II. Tests de confirmation : HIV BLOT 2.2, Inno-Lia HIV 1/2, New LAV Blot, Pepti-LAV.

2.2. Programmes de conseil et de dépistage du VIH

Les résultats montrant une expansion considérable des politiques de conseil et dépistage du VIH sont en accord avec les informations disponibles dans les publications de santé publique sur les programmes de conseil et dépistage du VIH. Les rapports de plusieurs pays en Afrique subsaharienne confirment la progression remarquable du conseil et du dépistage et l'apparition de nouvelles méthodes pour encourager leur utilisation. Alors que dans les années 90, ces activités étaient assurées principalement dans des sites pratiquant le dépistage à l'initiative des patients, de nombreux pays ont établi des modalités de dépistage à l'initiative des soignants ainsi que des programmes de proximité : par exemple, dans les hôpitaux tertiaires au Kenya, au Malawi et en Ouganda (4–6) et dans les services de prise en charge de la tuberculose au Kenya et en Ouganda (7,8). Le dépistage à l'occasion des consultations prénatals, qui a été la première méthode à l'initiative du soignant dans des pays comme le Botswana, le Kenya et le Zimbabwe (9–13), a continué et s'est étendu à un nombre croissant de pays. Des campagnes nationales de conseil et dépistage ont été planifiées et réalisées en Afrique du Sud, au Burkina Faso, au Kenya, au Lesotho, au Malawi, en Namibie, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie, au Rwanda et au Swaziland, alors que des stratégies novatrices proposent des tests sur le lieu de travail, par exemple au Rwanda et au Zimbabwe (14,15), par le biais d'unités mobiles ou à domicile (16,17).

Moins de données sont disponibles sur les progrès du conseil et du dépistage du VIH en dehors de l'Afrique

subsaharienne, en partie parce que dans les régions où la prévalence du VIH est moins étendue ou concentrée dans des groupes particuliers, l'épidémie n'a pas mobilisé autant d'attention et de ressources. Il y a néanmoins des exemples d'initiatives prometteuses en Asie et en Amérique latine qui montrent que lorsque les services sont accessibles dans des centres de santé, comme les maternités, les services de prise en charge de la tuberculose ou les établissements du secteur privé (18–21), le recours au dépistage du VIH s'accroît, ce qui peut réduire les coûts et renforcer l'efficacité.

Dans les pays à revenu élevé, en dépit de la disponibilité des services, l'infection tend à être diagnostiquée tardivement chez beaucoup de personnes vivant avec le VIH, après que leur immunité a été compromise. D'après des études en Europe, en Australie et aux États-Unis d'Amérique, les individus chez qui le VIH finit pas être diagnostiqué s'étaient auparavant rendus dans des établissements de santé, sans qu'on leur propose de réaliser un test du VIH. Selon de récentes estimations (22–24), en Europe, 15–38% des personnes vivant avec le VIH se présentent tardivement, quand leur numération des CD4 est inférieure à 200 par mm³. Ces chiffres mettent en évidence les occasions manquées lors du contact avec les services de santé. Des retards similaires sont également notés aux États-Unis d'Amérique. En 2006, afin de s'attaquer au problème, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont recommandé le dépistage du VIH pour toutes les

personnes âgées de 13 à 64 ans qui se rendent dans une consultation de santé aux États-Unis. Ces changements devraient permettre d'atteindre les individus à un stade plus précoce de l'infection afin de leur assurer les services nécessaires de conseil, de prévention et de traitement.

L'élargissement de l'accès aux services de conseil et de dépistage en Europe soulève aussi d'autres questions qui sont communes aux environnements à faible prévalence dans lesquels l'épidémie est concentrée parmi les groupes marginalisés (encadré 2.3). Alors qu'en Europe occidentale, le défi est d'accroître le recours aux services de conseil et dépistage, en Europe orientale et Asie centrale, la priorité est de donner accès à des services de qualité, en particulier pour les populations à haut risque. Il faut harmoniser les politiques conformément à la protection des droits des personnes et combattre la stigmatisation et à la discrimination. Les services ne sont pas d'un accès facile pour les personnes qui en ont le plus besoin, c'est-à-dire les groupes marginalisés, et leur qualité est inégale. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a entrepris de définir un cadre politique régional de conseil et dépistage, et un outil est en cours de développement à cet effet.

2.3. Disponibilité des services de conseil et dépistage du VIH

Encadré 2.3. Conseil et dépistage du VIH en Europe : l'expérience du Portugal

Le Portugal illustre les difficultés du passage à l'échelle supérieure des activités de conseil et dépistage en Europe et aussi les ripostes possibles à l'épidémie. Jusqu'à récemment, les services de conseil et dépistage limités au Portugal étaient limités aux structures sanitaires officielles ; ils étaient principalement assurés dans le cadre des procédures de sécurité sanguine, pendant les examens sanguins de personnes chez qui on suspectait une infection à VIH, ou pour l'évaluation des risques à la demande du patient qui risquait d'être infecté ou du soignant.

La prise de conscience des occasions manquées de diagnostic de personnes susceptibles de bénéficier du conseil, du traitement, des soins et de la prévention du VIH a abouti à une rapide expansion du dépistage. Maintenant, près d'un million de tests sont administrés chaque année gratuitement, la plupart dans le cadre de l'offre universelle de dépistage aux femmes enceintes. Le test du VIH est aussi réalisé parmi les toxicomanes et dans les centres antituberculeux ; cela a aidé à doubler le nombre de personnes s'étant prêtées à un test du VIH entre 2006 et 2008, soit 85% des personnes recevant des soins de santé. Le nombre de tests du VIH réalisés dans des centres de conseil et dépistage anonymes et volontaires a été multiplié par dix, en particulier après l'introduction des tests rapides en 2007. Malgré ces efforts, de multiples obstacles demeurent, notamment les difficultés d'accès, les horaires peu adaptés et les attitudes négatives envers les groupes de population les plus vulnérables. La proportion de personnes diagnostiquées avec une numération des CD4 inférieure à 350 per mm³ reste élevée, à 60%. Une politique nationale destinée à étendre le dépistage aux établissements de santé non formels (notamment les prisons) et à accroître l'utilisation des tests rapides dans les soins primaires est à l'étude.

Davantage de pays rapportent des données sur le nombre de centres de santé qui assurent des services de conseil et dépistage du VIH : ils étaient 52 en 2006 contre 81 en 2007 et 119 en 2008. Ces 119 pays ont déclaré que 95 300 établissements de santé dispensaient des services de conseil et dépistage du VIH en 2008, contre 30 500 notifiés par 81 pays en 2007 et 21 900 par 52 pays en 2006. Ces progrès dans la transmission des informations permettent de décrire plus en détail la disponibilité des services de conseil et dépistage du VIH aux niveaux régional et mondial.

Dans 66 pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont notifié des données comparables pour 2007 et 2008, le nombre total d'établissements de santé a augmenté d'environ 35%, passant de 25 000 centres en 2007 à 33 600 en 2008, l'accroissement variant de 1,5 à 2 fois selon les régions (figure 2.2)¹. En Afrique subsaharienne, le nombre total d'établissements assurant des services de conseil et dépistage du VIH a augmenté de 50%, de 11 000 en 2007 à 16 500 en 2008, dans les 37 pays de la région possédant des données comparables pour 2007 et 2008.

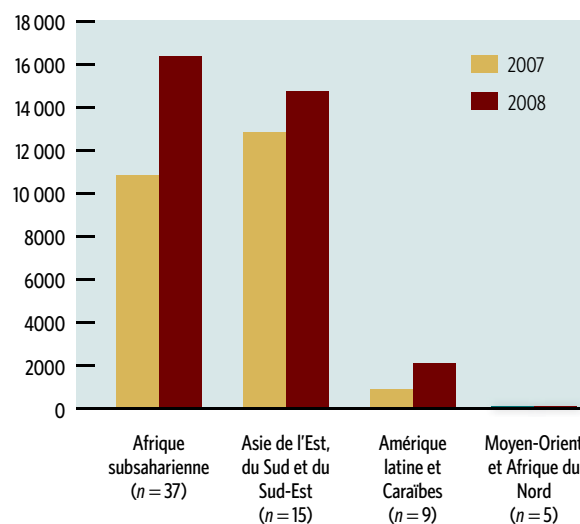
Les augmentations du nombre d'établissements assurant ces services entre 2007 et 2008 ont été inégales entre pays (tableau 2.1). C'est ainsi que certains pays ont enregistré

¹ Données transmises par les pays à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en réponse au questionnaire annuel de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2009. L'analyse a porté sur les 66 pays qui ont communiqué des données en utilisant des définitions concordantes en 2007 et 2008. Les pays qui ont indiqué que les données n'étaient pas représentatives de la situation nationale n'ont pas été inclus. Les 66 pays comprennent des pays à revenu faible ou intermédiaire des régions de l'Afrique subsaharienne ; de l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est ; de l'Amérique latine et des Caraïbes ; et du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord. Des données pour 11 autres pays d'Europe et de l'Asie centrale sont disponibles pour 2006 et 2008.

des hausses de 50-100%, comme le Burkina Faso (qui est passé de 454 à 815 centres), le Cameroun (de 1107 à 1860), l'Éthiopie (de 1005 à 1469) et la République-Unie de Tanzanie (de 527 à 1035), alors que d'autres signalent des progrès plus modestes. La disponibilité globale des services, mesurée par la proportion des établissements de santé d'un pays qui proposent le conseil et dépistage du VIH, varie considérablement, de moins de 10% au Congo, au Gabon, en Mauritanie, au Niger, au Nigéria, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo et en Somalie, à plus de 70% au Botswana, au Lesotho, au Malawi, en Namibie, au Rwanda, à Sao Tomé-et-Principe, au Swaziland et au Zimbabwe.

Parmi les 15 pays de l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est possédant des données comparables pour 2007 et 2008, le nombre total notifié d'établissements de santé offrant des services de conseil et dépistage du VIH est passé de 13 000 à 15 000. La Chine a dénombré 740 centres supplémentaires assurant ces prestations en 2008, ce qui porte le total à 6082. Le nombre déclaré de centres a augmenté de 4269 à 4817 en Inde et de 961 à 1014 en Thaïlande. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, qui connaît une épidémie généralisée, le nombre déclaré d'établissements est passé de 32 en 2007 à 118 en 2008.

Figure. 2.2. Nombre déclaré d'établissements de santé qui assurent des services de conseil et dépistage du VIH dans des pays à revenu faible ou intermédiaire possédant des données comparables, par région, 2007 et 2008



n: nombre de pays par sous-région parmi les 66 pays possédant des données comparables pour 2007 et 2008.

Tableau 2.1. Nombre de centres de santé avec services de conseil et dépistage du VIH et proportion de population adulte (âgée de 15 ans ou plus) par centre de conseil et dépistage dans 77 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant fourni des données, par région, 2007 et 2008

	Niveau d'épidémie	Nombre de centres avec conseil et dépistage du VIH, 2007	Nombre de centres avec conseil et dépistage du VIH, 2008	Population ≥15 ans par centre de conseil et dépistage, 2007	Population ≥15 ans par centre de conseil et dépistage, 2008
Afrique subsaharienne					
Angola	Généralisée	154	221	54 000	38 000
Bénin	Généralisée	183	389	22 000	10 000
Botswana	Généralisée	634	643	2 000	2 000
Burkina Faso	Généralisée	454	815	16 000	9 000
Burundi	Généralisée	180	266	23 000	16 000
Cameroun	Généralisée	1107	1860	8 000	5 000
Cap-Vert	Généralisée	32	32	8 000	8 000
Comores	Concentrée	4	13	85 000	26 000
Congo	Généralisée	54	101	33 000	17 000
Côte d'Ivoire	Généralisée	124	457	79 000	21 000
Djibouti	Généralisée	24	28	19 000	16 000
Érythrée	Généralisée	109	130	23 000	19 000
Éthiopie	Généralisée	1005	1469	37 000	25 000
Gabon	Généralisée	75	75	10 000	10 000
Gambie	Généralisée	26	32	30 000	24 000
Ghana	Généralisée	422	524	28 000	22 000
Lesotho	Généralisée	163	204	6 000	5 000
Libéria	Généralisée	12	90	149 000	20 000
Madagascar	Concentrée	630	757	14 000	12 000
Malawi	Généralisée	504	677	13 000	10 000
Mali	Généralisée	58	260	104 000	23 000
Mauritanie	Concentrée	22	17	74 000	96 000
Mozambique	Généralisée	359	359	29 000	29 000
Namibie	Généralisée	253	306	4 000	4 000

	Niveau d'épidémie	Nombre de centres avec conseil et dépistage du VIH, 2007	Nombre de centres avec conseil et dépistage du VIH, 2008	Population ≥15 ans par centre de conseil et dépistage, 2007	Population ≥15 ans par centre de conseil et dépistage, 2008
Niger	Concentrée	145	172	43 000	36 000
Nigéria	Généralisée	736	897	97 000	80 000
Ouganda	Généralisée	554	812	25 000	17 000
République centrafricaine	Généralisée	24	78	86 000	27 000
République démocratique du Congo	Généralisée	286	315	100 000	91 000
République-Unie de Tanzanie	Généralisée	1 035	1 677	19 000	12 000
Rwanda	Généralisée	312	341	15 000	14 000
Sao Tomé-et-Principe	Peu étendue	32	40	2 000	2 000
Sénégal	Concentrée	190	281	31 000	21 000
Sierra Leone	Généralisée	165	370	16 000	7 000
Somalie	Concentrée	17	19	240 000	215 000
Swaziland	Généralisée	110	170	5 000	3 000
Zimbabwe	Généralisée	791	1 560	8 000	4 000
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est					
Cambodge	Concentrée	190	212	41 000	37 000
Chine	Concentrée	5 342	6 082	142 000	125 000
Fidji	Peu étendue	26	31	17 000	14 000
Inde	Concentrée	4269	4817	147 000	130 000
Indonésie	Concentrée	290	547	436 000	231 000
Mongolie	Peu étendue	30	59	54 000	27 000
Népal	Concentrée	106	137	138 000	107 000
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Généralisée	32	118	103 000	28 000
Philippines	Peu étendue	52	52	908 000	908 000
République démocratique populaire lao	Peu étendue	36	91	87 000	35 000
Sri Lanka	Peu étendue	26	29	407 000	365 000
Thaïlande	Concentrée	961	1014	39 000	37 000
Viet Nam	Concentrée	210	244	236 000	203 000
Amérique latine et Caraïbes					
Belize	Concentrée	17	11	9 000	14 000
Bolivie (État plurinational de)	Concentrée	98	225	49 000	21 000
El Salvador	Concentrée	198	515	15 000	6 000
Guatemala	Concentrée	41	183	154 000	35 000
Guyana	Concentrée	131	147	3 000	3 000
Haïti	Généralisée	140	144	36 000	35 000
Honduras	Concentrée	153	655	24 000	6 000
Paraguay	Concentrée	87	102	37 000	31 000
République dominicaine	Concentrée	127	150	41 000	35 000
Moyen-Orient et Afrique du Nord					
Iraq	Peu étendue	10	27	1 458 000	540 000
Jordanie	Peu étendue	4	12	836 000	279 000
Liban	Peu étendue	23	20	100 000	116 000
Tunisie	Peu étendue	6	11	980 000	534 000
Yémen	Peu étendue	11	13	989 000	837 000
Europe et Asie centrale					
Arménie	Concentrée	29	150	56 000	11 000
Azerbaïdjan	Peu étendue	19	43	265 000	117 000
Bosnie-Herzégovine	Peu étendue	9	12	218 000	164 000
Ex-République yougoslave de Macédoine	Peu étendue	17	16	63 000	67 000
Géorgie	Peu étendue	64	35	35 000	64 000
Kazakhstan	Concentrée	325	3 360	27 000	3 000
Kirghizistan	Concentrée	39	17	77 000	176 000
Roumanie	Peu étendue	120	120	91 000	91 000
Serbie	Peu étendue	20	75	242 000	65 000
Tadjikistan	Peu étendue	140	224	25 000	16 000
Ukraine	Concentrée	216	1806	110 000	13 000

Les données sur la taille de la population adulte proviennent de la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies (25).

* Pour l'Europe et l'Asie centrale, les données se rapportent à 2006 (au lieu de 2007) et 2008.

Encadré 2.4. Mesurer l'impact des services de conseil et dépistage du VIH dans des sites à assise communautaire

Les modalités communautaires de conseil et dépistage, telles que les services mobiles, à domicile ou au porte à porte, peuvent atteindre les groupes qui sont souvent mal desservis par les services basés dans les établissements de santé, par exemple la population masculine en général, les femmes qui ne fréquentent pas les consultations de santé génésique, les jeunes, les groupes de population rurale ayant un accès restreint aux soins de santé, les minorités ethniques et les populations les plus exposées. Les méthodes à assise communautaire se distinguent de l'approche basée sur les services de santé, qui demande aux patients d'investir du temps, des efforts et des ressources pour se rendre à la consultation et peut donc les décourager de se prêter au test du VIH. De nombreuses activités ont tenté d'apporter ces services aux populations et de proposer le conseil et dépistage dans des lieux aisément accessibles et commodes ; il est donc important d'évaluer leur efficacité.

Le projet Accept HPTN 043 est la première étude internationale contrôlée randomisée, à assise communautaire, menée sur des sites multiples dont l'objectif est de déterminer l'efficacité d'une intervention de prévention en mesurant la réduction de l'incidence du VIH et de la stigmatisation comme résultats des interventions (26). Cet essai de grande envergure sur 34 sites en Afrique du Sud, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe et 14 communautés en Thaïlande compare ceux qui ont reçu une intervention standard de conseil et dépistage à l'initiative du patient, et ceux qui ont reçu des services communautaires de conseil et dépistage, la sélection des interventions ayant été faite de manière aléatoire. Les stratégies d'intervention comprennent des services communautaires de proximité pour encourager les échanges sur le VIH, normaliser la connaissance du statut sérologique et multiplier les tests du VIH ainsi que les services de soutien après le dépistage.

L'essai est en cours et devrait s'achever d'ici à juin 2011. Les données préliminaires indiquent que le recours au test du VIH a été multiplié par quatre dans les communautés bénéficiant de l'intervention, ce qui permet de penser qu'il est possible de lever les obstacles, de réduire la stigmatisation, de promouvoir la discussion et d'encourager les gens à se faire tester (27).

En Amérique latine et aux Caraïbes, neuf pays rapportent une multiplication par deux du nombre d'établissements de santé offrant des services de conseil et dépistage du VIH, plus de 2000 en 2008, contre près de 1000 en 2007.

En plus des 66 pays qui ont fourni des données pour 2007 et 2008, 11 pays d'Europe et de l'Asie centrale ont rapporté des données pour 2006 et 2008. Dans l'ensemble, on constate une multiplication par plus de cinq du nombre déclaré de sites, d'environ 1000 à près de 6000, même si les statistiques de pays individuels ne sont pas toujours claires.

Le tableau 2.1 présente également la proportion de population adulte par centre de conseil et dépistage. Cette proportion diminue quand le dépistage s'élargit. Les données montrent que le nombre d'adultes desservis par centre de conseil et dépistage entre 2007 et 2008 a régulièrement diminué, ce qui suppose une meilleure disponibilité, mais elles mettent aussi en évidence les grandes différences qui demeurent entre les pays.

2.4. Utilisation et couverture du conseil et du dépistage du VIH

En 2008, 101 pays ont rapporté des données sur le recours au conseil et au dépistage du VIH, contre 53 en 2007. Bien que ce résultat indique clairement des améliorations dans le suivi et la transmission de données sur les services de conseil et dépistage, il faut interpréter les données avec prudence, non seulement par rapport à leur complétude et à leur représentativité nationale, mais aussi parce qu'elles peuvent inclure des individus qui se font tester plus d'une fois pendant la période examinée.

Trente-neuf pays à revenu faible ou intermédiaire, dont 19 en Afrique subsaharienne, ont notifié des données comparables

en 2007 et 2008¹ (tableau 2.2). Le nombre combiné de tests dans ces pays a plus que doublé sur la période de deux ans, ce qui est conforme à l'accroissement rapporté du nombre d'établissements de santé assurant ces services. Les hausses notifiées dans la plupart des pays semblent correspondre à ce que l'on sait des activités au niveau national pour élargir le dépistage du VIH, par exemple avec le dépistage à l'initiative du soignant, ou par des campagnes de dépistage.

Une fois de plus, les données varient largement entre pays, certains faisant état de hausses très importantes dans l'utilisation du conseil et dépistage. Ainsi, l'Éthiopie a indiqué que 4,5 millions de personnes avaient bénéficié de ces services en 2008, contre 1,9 million en 2007. Au Swaziland, le recours déclaré au conseil et dépistage est passé de 52 000 en 2007 à 81 000 en 2008.

De même, neuf pays en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est ont fait état d'une hausse combinée de 63% dans l'utilisation du conseil et dépistage, et neuf pays de l'Amérique latine et des Caraïbes ont rapporté une augmentation conjointe d'environ 50% entre 2007 et 2008.

En plus des 39 pays qui ont rapporté des données pour 2007 et 2008, huit pays d'Europe et de l'Asie centrale ont transmis des données sur l'utilisation des tests en 2006 et 2008. Bien qu'elles ne concernent pas tous les pays, ces données combinées indiquent aussi une progression de plus de 50% du nombre déclaré de personnes ayant reçu un test du VIH sur cette période de deux ans.

¹ Données transmises par les pays à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en réponse au questionnaire annuel de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2009. L'analyse a porté sur les 39 pays qui ont communiqué des données en utilisant des définitions concordantes en 2007 et 2008. Les pays qui ont indiqué que les données n'étaient pas représentatives de la situation nationale n'ont pas été inclus. Les 39 pays comprennent des pays à revenu faible ou intermédiaire des régions de l'Afrique subsaharienne ; de l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est ; de l'Amérique latine et des Caraïbes ; et du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord. Des données pour huit autres pays d'Europe et de l'Asie centrale sont disponibles pour 2006 et 2008.

Tableau 2.2. Nombre de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont bénéficié de services de conseil et dépistage, et nombre de tests pour 1000 personnes âgées de 15 ans et plus dans 47 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant transmis des informations, 2007 et 2008^a

	Niveau de l'épidémie	Nombre de personnes âgées de 15 ans testées au cours des 12 derniers mois, 2007	Nombre de personnes âgées de 15 ans testées au cours des 12 derniers mois, 2008	Nombre de tests pour 1000 personnes, 2007 ^b	Nombre de tests pour 1000 personnes, 2008 ^b
Afrique subsaharienne					
Bénin	Généralisée	71 103	175 086	18	43
Botswana	Généralisée	273 676	218 313	263	210
Cap-Vert	Généralisée	12 523	17 000	48	65
Congo	Généralisée	2 771	55 892	2	32
Érythrée	Généralisée	75 369	137 339	31	56
Éthiopie	Généralisée	1 893 369	4 524 862	51	121
Gambie	Concentrée	27 022	17 693	35	23
Ghana	Généralisée	306 759	467 936	26	40
Guinée-Bissau	Généralisée	18 290	20 521	25	29
Lesotho	Généralisée	168 952	184 091	171	186
Mauritanie	Concentrée	865	9 073	1	6
Niger	Concentrée	36 756	130 354	6	21
Ouganda	Généralisée	1 490 930 ^d	2 015 057 ^e	108	146
République centrafricaine	Généralisée	2 860	56 177	1	27
Sao Tomé-et-Principe	Peu étendue	13 276	14 079	169	179
Sénégal	Concentrée	108 355	134 460	19	23
Sierra Leone	Généralisée	78 330	6 5908	29	25
Somalie	Concentrée	4 779	7 714	1	2
Swaziland	Généralisée	52 292	81 021	90	139
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est					
Bangladesh	Peu étendue	10 562	24 101	0	0
Cambodge	Concentrée	234 900	296 510	30	38
Inde	Concentrée	5 364 239	8 734 504	9	14
Indonésie	Concentrée	53 929	109 544	0	1
Iran, (République islamique d')	Concentrée	21 146	40 862	0	1
Malaisie	Concentrée	409 494	676 454	28	46
Myanmar	Concentrée	177 057	257 158	6	9
Népal	Concentrée	49 130	86 567	3	6
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Généralisée	26 934	107 615	8	33
République démocratique populaire lao	Peu étendue	16 207	14 481	5	5
Viet Nam	Concentrée	101 230	181 448	2	4
Amérique latine et Caraïbes					
Belize	Concentrée	15 529	17 767	97	112
Équateur	Concentrée	139 086	314 868	20	45
Guatemala	Concentrée	47 000	27 112	7	4
Guyana	Concentrée	13 011	60 812	33	154
Haïti	Généralisée	291 225	454 290	58	91
Honduras	Concentrée	98 566	88 189	27	24
Mexique	Concentrée	831 584	1 228 298	14	21
Nicaragua	Concentrée	70 000	118 592	24	40
Paraguay	Concentrée	72 276	68 564	23	22
Moyen-Orient et Afrique du Nord					
Iraq	Peu étendue	1 423	1 571	0	0
Yémen	Peu étendue	121	2 176	0	0
Europe et Asie centrale^c					
Arménie	Concentrée	44 437	70 962	27	43
Azerbaïdjan	Peu étendue	263 443	346 968	52	69
Bosnie-Herzégovine	Peu étendue	20 874	21 496	11	11
Géorgie	Peu étendue	40 638	40 205	18	18
Kazakhstan	Concentrée	725 815	1 047 712	84	121
Lituanie	Peu étendue	47 689	178 245	28	104
Roumanie	Peu étendue	143 417	276 496	13	25
Tadjikistan	Peu étendue	87 912	122 842	25	34

^a Les chiffres du tableau proviennent de rapports adressés à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA par des programmes nationaux et estiment l'utilisation du dépistage au niveau national. L'analyse chronologique des changements sur la base de ces chiffres exigerait un processus de recoupement et de validation.

^b Les données sur la taille de la population adulte proviennent de la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies (25).

^c Pour l'Europe et l'Asie centrale, les données portent sur 2006 (au lieu de 2007) et 2008.

^d Octobre 2006 – septembre 2007.

^e Octobre 2007 – septembre 2008.

Il est aussi important de résumer les données sur le recours aux services de conseil et dépistage du VIH de groupes précis, par exemple les patients atteints de tuberculose, les femmes enceintes et les populations les plus à risque. Le chapitre 4 donne davantage de détails sur le dépistage du VIH chez les patients atteints de tuberculose, alors que le chapitre 5 traite des services de conseil et dépistage pour les femmes enceintes et les enfants.

Les données sur le conseil et le dépistage du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont présentés ci-dessous. Les proportions de groupes les plus exposés ayant bénéficié du conseil et du dépistage les 12 derniers mois sont faibles et montrent qu'il faut investir davantage pour suivre l'accès aux services essentiels de ces populations. En 2008, 45 pays à revenu faible ou intermédiaire ont transmis des données sur l'accès des professionnel(le)s du sexe au test du VIH, 26 pour les consommateurs de drogues injectables et 31 pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Bien que ces données puissent avoir été générées par des enquêtes qui ne sont pas représentatives de la situation nationale, et que la taille des échantillons et les méthodes ne soient pas comparables, il est néanmoins utile

de les analyser, en se souvenant qu'il existe des situations très différentes entre pays et régions. Certaines enquêtes peuvent surestimer la proportion de consommateurs de drogues injectables ayant accès à ces services ; ainsi, lorsque la couverture déclarée est proche de 100%, il est possible que ces enquêtes soient circonscrites aux seules personnes enregistrées dans les services de traitement ou d'autres sites où un test du VIH est exigé pour avoir accès au service.

Le tableau 2.3 montre la couverture des programmes de conseil et dépistage du VIH parmi les populations les plus exposées à la transmission du VIH. Sur les 45 pays qui ont transmis des données sur les professionnel(le)s du sexe, la proportion médiane de professionnel(le)s du sexe qui connaissaient leur statut grâce à un test récent était de 38%. De même, la médiane des individus ayant bénéficié d'un conseil et fait un test du VIH était de 23% parmi les consommateurs de drogues injectables (26 pays) et de 30% chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (31 pays). Beaucoup de groupes à risque élevé d'infection par le VIH, notamment les hommes qui ont des rapports homosexuels, les consommateurs de drogues injectables et les prisonniers, continuent donc de rencontrer des obstacles pour avoir accès aux services essentiels de prévention, de traitement et de soins du VIH.

Tableau 2.3. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe, de consommateurs de drogues injectables et d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont réalisé un test du VIH et en ont reçu le résultat au cours des 12 derniers mois, et qui ont déclaré connaître leur statut sérologique, 2006–2008

	Pourcentage des groupes les plus exposés qui ont réalisé un test du VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat ^a			Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans qui connaissent leur statut sérologique
	Professionnel(le)s du sexe	Consommateurs de drogues injectables	Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes	
Nombre de pays ayant transmis des données	45	26	31	27
Europe et Asie centrale				
Bosnie-Herzégovine	14%	53%	23%	
Ex-République yougoslave de Macédoine		44%	56%	
Géorgie	33%	9%		
Kazakhstan	68%	52%	44%	36%
Lettonie		4%	100%	
Lituanie			56%	
République de Moldavie	31%	34%		27%
Roumanie		19%		
Serbie	45%	32%	31%	
Ukraine	46%	29%	26%	
Médiane pour l'Europe et l'Asie centrale	39%	32%	44%	—
Amérique latine et Caraïbes				
Bolivie (État plurinational de)	29%		23%	
Brésil			24%	39%
Colombie	61%			
Équateur	87%		51%	
Guyana				23%
Honduras	71%		39%	19%
Mexique	98%	98%	98%	
Paraguay	52%	12%	34%	
Pérou	54%		21%	
République dominicaine	95%			75%
Médiane pour l'Amérique latine et les Caraïbes	66%	—	34%	—

	Pourcentage des groupes les plus exposés qui ont réalisé un test du VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat ^a			Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans qui connaissent leur statut sérologique
	Professionnel(le)s du sexe	Consommateurs de drogues injectables	Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes	
Moyen-Orient et Afrique du Nord				
Arabie saoudite		1%		
Jordanie	9%		3%	
Liban	81%	66%	35%	
Maroc	51%			
Médiane pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord	—	—	—	—
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est				
Bangladesh	5%	4%	3%	
Cambodge	68%	54%	57%	11%
Chine	36%	42%	30%	
Fidji	21%	11%	6%	
Inde ^c	34%	3-70%	3-67%	3%
Indonésie	31%	36%	32%	
Iran (République islamique d')	20%	23%		
Mongolie	53%		81%	
Myanmar	71%	27%		
Népal	32%	21%	30%	
Pakistan	8%	12%	13%	
Philippines	12%	4%	16%	0%
République démocratique populaire lao	18%		5%	
Thaïlande				
Timor-Leste				100%
Viet Nam	15%	11%	16%	
Médiane pour l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	26%	21%	16%	—
Afrique subsaharienne				
Bénin				96%
Burkina Faso			28%	
Burundi	71%			
Cameroun				16%
Comores				86%
Côte d'Ivoire	51%			
Djibouti				
Gabon	54%			
Gambie				2%
Ghana				7%
Guinée-Bissau	3%			
Kenya				37%
Madagascar	49%			
Mali				7%
Mauritanie	100%			
Namibie				46%
Nigéria	39%	23%	30%	11%
Ouganda				24%
République démocratique du Congo	37%			9%
Rwanda	65%			21%
Sénégal	19%		16%	
Sierra Leone	21%			100%
Swaziland				27%
Tchad	34%			22%
Togo	40%			16%
Zambie	20%			28%
Médiane pour l'Afrique subsaharienne	39%	—	—	22%

^a Ce tableau inclut des données provenant d'enquêtes, notamment d'enquêtes de surveillance comportementale, réalisées en 2006, 2007 ou 2008. Les enquêtes ayant utilisé des échantillons de moins de 100 personnes n'ont pas été incluses.

^b Les valeurs médianes sont calculées par région si des données pour plus de cinq pays sont disponibles.

^c Les fourchettes ne sont pas incluses dans le calcul de la médiane.

Encadré 2.5. Développer le conseil et le dépistage du VIH dans les arrêts pour chauffeurs routiers au Kenya

Au Kenya, une étude (28) a recueilli des données sur un programme original de conseil et dépistage du VIH dans les arrêts pour chauffeurs routiers. Ce programme visait les jeunes professionnels du sexe (filles et garçons) et souhaitait développer des réseaux entre eux et leurs clients. Les services de conseil et dépistage étaient assurés tous les jours de 18h à 2h du matin dans certaines zones à risque. Dans l'ensemble, sur une période de huit mois, 8860 membres de réseaux (dont des jeunes hommes et femmes pratiquant le commerce du sexe et des chauffeurs routiers) ont bénéficié d'un conseil et d'un dépistage. L'utilisation des services était plus élevée chez les hommes (62%) que chez les femmes (38%). En revanche, la prévalence du VIH était plus importante chez les jeunes femmes (4%) que chez les jeunes gens (2%). Les taux de prévalence du VIH étaient positivement corrélés avec l'âge : le taux, de 2% chez les femmes de 15 à 19 ans, passait à 6% chez les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans. De même, la prévalence du virus chez les hommes âgés de 20 à 24 ans (1,7%) était plus du double que chez les garçons âgés de 15 à 19 ans (0,8%).

La situation socioéconomique peut aussi jouer un rôle important pour déterminer l'équité de l'accès aux interventions prioritaires (encadré 2.6).

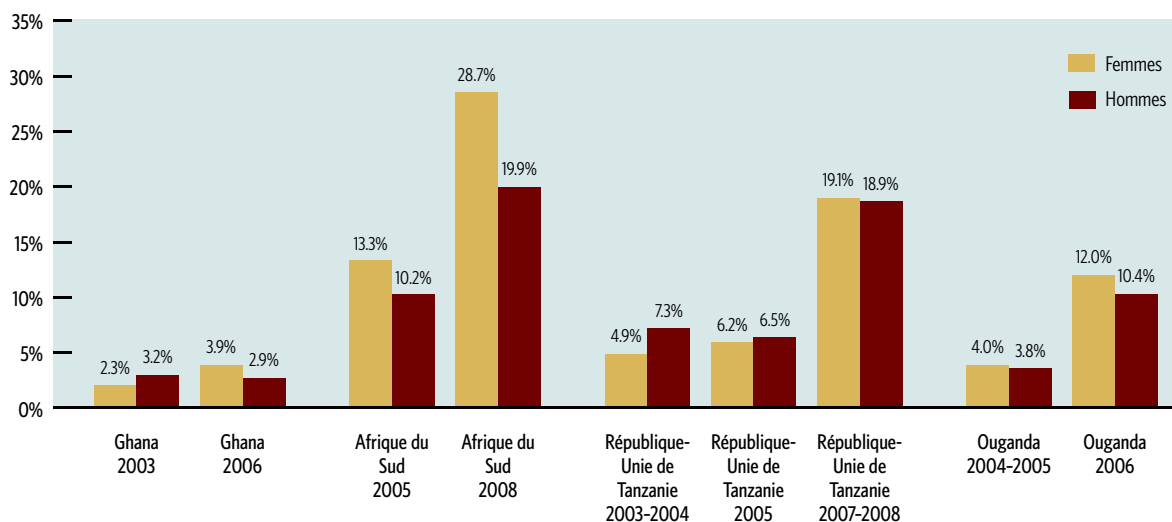
Il est possible d'examiner de plus près la couverture du conseil et dépistage du VIH en analysant les données des enquêtes démographiques. Certains pays répètent ces enquêtes dans le temps et les résultats peuvent aider à évaluer l'évolution chronologique dans un pays. Néanmoins, il est difficile d'établir des tendances régionales ou mondiales claires dans l'élargissement du conseil et dépistage du VIH pour l'ensemble des pays car ces enquêtes ne sont pas

comparables entre elles et elles ne se déroulent pas selon un calendrier régulier. De plus, les données ne reflètent pas nécessairement les changements rapides qui se produisent sur un court laps de temps. On peut néanmoins utiliser les données disponibles pour évaluer les indicateurs suivants de progrès :

- dans les pays qui ont réalisé plus d'une enquête, les enquêtes successives permettent d'apprécier les progrès en comparant le pourcentage de répondants qui ont déclaré avoir effectué un test du VIH et en avoir reçu le résultat dans les 12 mois précédant l'enquête ;
- bien qu'il ne soit pas possible de dégager des tendances mondiales ou régionales, les valeurs médianes des taux de dépistage, calculées à partir des enquêtes réalisées dans différents pays à des périodes successives, peuvent indiquer des évolutions dans le temps : par exemple, changements dans le pourcentage de répondants qui déclarent avoir déjà fait un test du VIH et en avoir reçu le résultat avant l'enquête, ou dans le pourcentage de ceux qui se sont prêtés à un test du VIH dans les 12 mois précédant l'enquête, parmi la population générale et parmi les personnes vivant avec le VIH.

Six pays de l'Afrique subsaharienne ont répété des enquêtes démographiques ces dix dernières années. Comme on pouvait s'y attendre, les données de ces enquêtes révèlent que davantage de personnes ont fait le test du VIH ces dernières années (figure 2.4). Par exemple, en République-Unie de Tanzanie, moins de 7% des femmes et des hommes avaient déclaré s'être prêtés à un test du VIH et en avoir reçu le résultat dans les 12 mois précédant l'enquête en 2005, alors qu'ils étaient près de 19% (pour les deux sexes) dans l'enquête menée en 2007-2008. En Ouganda, les taux correspondants sont passés d'environ 4% pour les deux sexes dans une enquête en 2004-2005 à 12% chez les femmes et 10% chez les hommes dans une enquête en 2006.

Figure 2.4. Pourcentage de femmes et d'hommes ayant fait un test du VIH et en ayant reçu le résultat dans les 12 mois précédant l'enquête dans des pays avec des enquêtes démographiques répétées, 2003-2008



Source: Enquêtes démographiques et sanitaires (30).

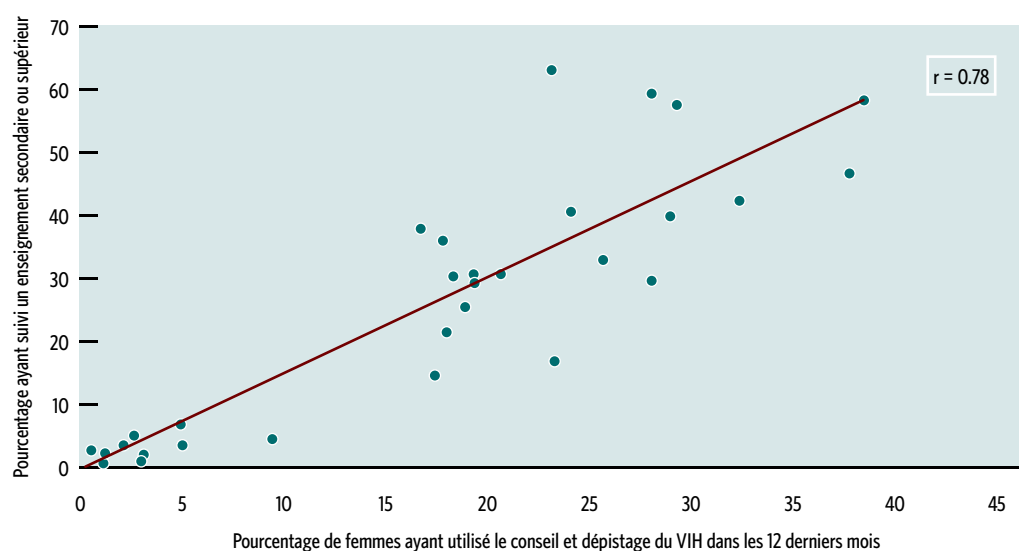
Encadré 2.6. Déterminants socioéconomiques du conseil et du dépistage du VIH : résultats de l'évaluation quinquennale du Fonds mondial

Depuis qu'il a été créé en 2002, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est devenu une source majeure de financement de la riposte à ces trois maladies, avec plus de \$US 15 milliards alloués à près de 600 programmes dans 140 pays de par le monde (29). En 2006, le Fonds mondial a lancé une évaluation globale de ses cinq premières années d'activité dans trois domaines d'étude, notamment l'impact sanitaire des investissements collectifs sur le VIH, la tuberculose et le paludisme (2). Dix-huit pays ont participé à l'étude, et de nouvelles données ont été recueillies pour huit pays (Burkina Faso, Cambodge, Éthiopie, Haïti, Malawi, Pérou, République-Unie de Tanzanie et Zambie) par une évaluation complète aux niveaux individuel, du ménage et de l'établissement de santé dans un nombre sélectionné de districts. Les districts ont été choisis par un échantillonnage raisonné afin de couvrir chaque région majeure dans le pays, le nombre de districts variant de 7 à 15 par pays¹. Pour la plupart des pays, les données ont été recueillies pendant la première moitié de 2008.

Ces données décrivent en détail l'expansion du conseil et dépistage du VIH. Une comparaison de la proportion d'établissements de santé avec des services de conseil et dépistage du VIH dans quatre pays montre que la disponibilité dans les districts ruraux varie selon les pays et que, dans l'ensemble, la densité médiane des installations de conseil et dépistage pour 100 000 personnes était plus élevée dans les districts urbains que dans les districts ruraux.

L'analyse des données recueillies par des enquêtes auprès des ménages au Burkina Faso, en Éthiopie, en Haïti et en Zambie révèle que, malgré l'accroissement du nombre de centres proposant le conseil et le dépistage du VIH dans ces pays, les facteurs socioéconomiques continuent de représenter des différentiels dans l'accès : des associations positives sont documentées entre l'utilisation des services et le niveau d'instruction, la résidence et le revenu du ménage. Parmi les femmes enquêtées âgées de 15 à 49 ans qui avaient accouché dans les deux années précédentes, celles qui avaient fréquenté l'enseignement secondaire avaient plus de probabilités d'avoir bénéficié du conseil, de se voir proposer et d'accepter un test du VIH et d'en avoir reçu le résultat ; elles étaient suivies des femmes possédant une instruction primaire, puis de celles qui n'avaient pas d'instruction (figure 2.3). Les résultats étaient similaires pour le conseil et le dépistage du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Les données montrent aussi que les femmes issues des quintiles de revenu les plus élevés avaient davantage de chances de bénéficier du conseil et du dépistage et d'obtenir le résultat du test dans tous les pays à l'exception de la Zambie, où les disparités entre groupes de revenu étaient moins importantes.

Figure 2.3. Pourcentage de femmes ayant bénéficié du conseil et du dépistage du VIH et pourcentage de femmes ayant suivi un enseignement secondaire ou supérieur, évaluation globale des districts, districts du Burkina Faso, de Haïti et de Zambie, 2008



Source: Global Fund five-year evaluation, study area 3: the impact of collective efforts on the reduction of the disease burden of AIDS, tuberculosis and malaria. Final report (2).

1 Des établissements de santé ont été étudiés dans chaque district sélectionné. Dans la plupart des pays, un recensement des centres publics et privés a été réalisé dans les districts sélectionnés (555 centres dans 13 districts au Burkina Faso ; 207 centres dans sept districts opérationnels au Cambodge ; 210 centres dans neuf départements en Haïti ; 358 centres dans six grandes zones urbaines au Pérou ; et 338 centres dans neuf districts en Zambie). En Éthiopie, un échantillon raisonné d'hôpitaux et quatre centres de santé voisins ont été analysés dans chacune des 11 régions avec un total de 158 centres ; et au Malawi, un échantillon orienté de 113 centres a été constitué dans neuf districts. Les résultats de l'Éthiopie et du Malawi ne sont donc pas représentatifs du district ou des districts conjugués et doivent être interprétés avec précaution. Les données de la République-Unie de Tanzanie n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du présent rapport.

Neuf pays, dont sept en Afrique subsaharienne, ont réalisé des enquêtes démographiques en 2007 et 2008 et ont communiqué des données sur les taux de dépistage du VIH (tableau 2.4). Ensemble, ces pays représentent 32% des personnes vivant avec le VIH dans le monde et 45% de celles qui se trouvent en Afrique subsaharienne. Dans ces pays, une médiane de 37% de répondantes et 21% de répondants âgés de 15 à 49 ans avaient déjà effectué un test du VIH et en avaient obtenu le résultat avant l'enquête. Dans les sept pays de l'Afrique subsaharienne, les pourcentages médians étaient de 30% chez les femmes et de 17% chez les hommes. Les données pour ces pays (à l'exclusion du Kenya, pour lequel cette information n'était pas disponible) révèlent aussi qu'une médiane de 19% des femmes et de 10% des hommes a indiqué avoir réalisé un test du VIH et en avoir obtenu le résultat dans les 12 mois précédant l'enquête.

Une comparaison avec les données de 22 pays (dont 16 en Afrique subsaharienne) présentant ces informations tirées d'enquêtes démographiques réalisées en 2005 et 2006 met en évidence une évolution chronologique positive dans la couverture du dépistage¹. Dans les enquêtes réalisées en 2005 et 2006, une médiane d'environ 10% des femmes et des hommes déclarent avoir déjà réalisé un test du VIH et en avoir reçu le résultat ; et une médiane de 4% des femmes et de 5% des hommes affirment avoir fait le test dans les 12 mois précédant l'enquête.

¹ Voici les 21 pays : Afrique du Sud (2005), Bénin (2006), Cambodge (2005), Cap-Vert (2005), Congo (2005), Côte d'Ivoire (2005), Éthiopie (2005), Ghana (2006), Guinée (2005), Guyana (2005), Haïti (2005), Inde (2005-2006), Mali (2006), Namibie (2006), Niger (2006), Ouganda (2006), République centrafricaine (2006), République de Moldavie (2005), Rwanda (2005), Sénégal (2005), Viet Nam (2005 et Zimbabwe (2005-2006) (30,32).

Tableau 2.4. Pourcentages de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont réalisé le test du VIH dans les 12 mois précédant l'enquête ; et qui ont déjà fait le test du VIH et en ont reçu le résultat, enquêtes démographiques, 2007-2008

Pays	Année	Pourcentage de personnes qui ont fait le test du VIH et en ont reçu le résultat dans les 12 derniers mois		Pourcentage de personnes qui ont déjà fait le test du VIH et en ont reçu le résultat	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Afrique du Sud	2008	28,7	19,9	56,7	43,0
Kenya	2007			43,0	25,0
Libéria	2007	1,6	2,3	3,2	4,9
République démocratique du Congo	2007	4,1	3,8	8,6	9,2
République dominicaine	2007	20,5	18,6	61,8	40,4
République-Unie de Tanzanie	2007-2008	19,1	18,9	37,2	26,5
Swaziland	2007	21,9	8,9	35,8	17,1
Ukraine	2007	12,3	7,2	45,4	21,4
Zambie	2007	18,5	11,7	35,3	19,8

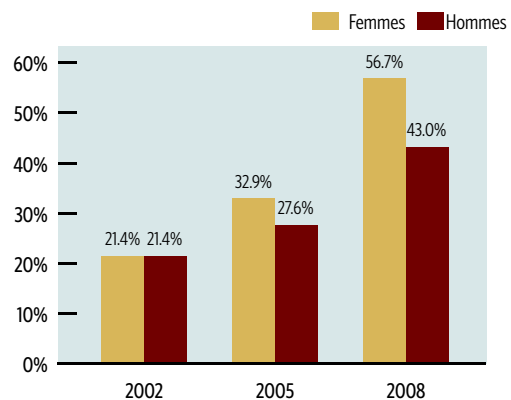
Sources: Enquêtes démographiques et sanitaires (30) ; Shisana et al. (31-33) ; Kenya AIDS Indicator Survey 2007 : preliminary report (34).

Encadré 2.7. Étendre le conseil et le dépistage du VIH en Afrique du Sud

De juin 2008 à mars 2009, l'Afrique du Sud a réalisé la troisième d'une série d'enquêtes démographiques nationales pour évaluer la prévalence et l'incidence du VIH, ainsi que les connaissances et les comportements relatifs au VIH (31). Une comparaison des données de cette enquête avec les informations obtenues par deux enquêtes précédentes réalisées en 2005 (32) et 2002 (33) montre un accroissement très sensible de la proportion de répondants qui a accès à des services de dépistage du VIH dans toutes les provinces. Seulement 20% des répondants âgés de 15 ans et plus avaient déjà effectué un test du VIH en 2002, contre près de 50% des répondants dans l'enquête récente de 2008.

Les progrès sont évidents pour les deux sexes, bien qu'ils soient plus marqués chez les femmes. En 2002, une proportion égale de femmes et d'hommes ayant répondu à l'enquête (21%) avaient déclaré avoir déjà réalisé un test du VIH. En 2005, 33% des femmes et 28% des hommes s'étaient déjà fait tester, chiffres passés à 57% et 43% respectivement en 2008 (figure 2.5). De 2005 à 2008, le pourcentage de femmes et d'hommes qui ont déclaré avoir réalisé le test du VIH et en avoir reçu le résultat dans les 12 mois précédant l'enquête a presque doublé, de 13% à 29% chez les femmes et de 10% à 20% chez les hommes.

Figure 2.5. Pourcentage de femmes et d'hommes qui ont déjà fait un test du VIH et en ont reçu le résultat, Afrique du Sud, 2002, 2005 et 2008



Source: Shisana et al. (31-33).

En outre, les données montrent que le dépistage du VIH s'étend dans les groupes à risque élevé. En 2005, environ 14% des consommateurs de drogues douces connaissaient leur statut sérologique contre 23% en 2008. Les données chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes n'étaient disponibles que pour 2008 et montrent une couverture du dépistage de 27% des enquêtés.

Les taux de dépistage varient beaucoup entre pays. Dans les enquêtes réalisées en 2007 et 2008, moins de 10% des femmes et des hommes ont déclaré avoir déjà réalisé un test du VIH en République démocratique du Congo, contre plus de 50% des femmes et plus de 40% des hommes en Afrique du Sud et en République dominicaine.

Il apparaît également que, dans l'ensemble, les femmes sont davantage testées que les hommes. Dans toutes les enquêtes menées en 2007 et 2008, à l'exception de la République démocratique du Congo et du Libéria, la proportion de femmes ayant déclaré avoir déjà fait le test du VIH était sensiblement plus élevée que la proportion d'hommes, probablement en raison de l'accès des femmes aux programmes qui proposent le dépistage du VIH dans les consultations prénatales.

Les enquêtes démographiques renseignent aussi sur la proportion de personnes vivant avec le VIH qui ont déjà été testées et qui ont reçu le résultat avant l'enquête. Bien que ces données soient indicatives de la connaissance du statut sérologique chez les personnes vivant avec le VIH, elles doivent être interprétées avec prudence. Parmi les personnes qui affirment avoir fait le test et en avoir obtenu le résultat avant l'enquête, certaines peuvent s'y

être prêtées longtemps avant et ont donc pu être infectées depuis ; elles se déclarent donc peut-être à tort comme « sachant » qu'elles sont séronégatives¹. Par conséquent, les pourcentages ci-dessous de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir fait le test et en avoir reçu le résultat doivent être considérés comme une estimation maximale du nombre de personnes qui ont une connaissance correcte de leur statut sérologique.

En 2008, sur la base de 12 enquêtes démographiques réalisées entre 2005 et 2007, la médiane du pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui avaient effectué un test du VIH et en avaient obtenu le résultat était de 20% (35). Les données provenant d'enquêtes plus récentes ont été publiées en 2009. Bien que les résultats des enquêtes nationales menées en 2007 et 2008 ne puissent pas être comparés directement avec ceux des enquêtes de 2005 et 2006, ils peuvent révéler une évolution du pourcentage médian de personnes vivant avec le VIH qui ont appris leur statut sérologique. Dans 12 pays qui avaient mené des enquêtes en 2005-2006, le pourcentage médian de répondants âgés de 15 à 49 ans vivant avec le VIH qui ont déclaré avoir fait le test du VIH et en avoir reçu le résultat avant l'enquête était de 15%. Dans sept pays qui avaient mené des enquêtes en 2007-2008, cette même médiane était de 39% (tableau 2.5). En République-Unie de Tanzanie, qui a réalisé deux enquêtes consécutives, le pourcentage combiné de répondants vivant avec le VIH qui ont déclaré avoir déjà fait le test du VIH et en avoir reçu le résultat avant l'enquête est passé de 21% en 2003-2004 à 39% en 2007-2008.

En conclusion, en 2008 les pays se sont efforcés d'élargir les services de conseil et dépistage du VIH et d'améliorer les systèmes de suivi et de transmission des données afin d'évaluer les progrès. Les informations montrent clairement que davantage de personnes connaissent leur statut sérologique, mais avec de nettes différences d'accès selon les pays. L'analyse dégage également des écarts entre groupes de population : les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir accès aux services de conseil et dépistage, mais l'accès pour les groupes à risque élevé demeure limité.

Tableau 2.5. Pourcentages de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans vivant avec le VIH qui ont déjà fait le test du VIH et en ont reçu le résultat, enquêtes démographiques, 2007-2008

Pays	Année de l'enquête	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont déjà fait le test du VIH et en ont reçu le résultat		
		Femmes	Hommes	Deux sexes
Kenya	2007			43,0
Libéria	2007	8,0	11,5	9,2
République démocratique du Congo	2007	8,7	(14,5) ^a	10,7
République dominicaine	2007	72,6	49,1	60,7
République-Unie de Tanzanie	2007-2008	43,7	30,8	39,0
Swaziland	2007	44,0	28,8	38,7
Zambie	2007	45,4	28,3	38,4

^a Dénominateur basé sur 25-49 cas.

Sources: Enquêtes démographiques et sanitaires (30) ; Kenya AIDS Indicator Survey 2007: preliminary report (34).

¹ Par exemple, l'enquête du Kenya sur les indicateurs du sida de 2007 (34), qui a testé les participants à l'enquête, montre que, sur les 43% qui avaient déclaré avoir déjà fait le test du VIH, seuls 16% avaient correctement indiqué leur statut sérologique ; 26% s'étaient déclarés non infectés, mais ont obtenu un résultat positif pendant l'enquête.

Références

1. Global Price Reporting Mécanisme [site Internet]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/hiv/amds/gprm/en/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
2. *Global Fund five-year evaluation, study area 3: the impact of collective efforts on the reduction of the disease burden of AIDS, tuberculosis and malaria. Final report.* Calverton, MD, MACRO International Inc., 2009.
3. OMS et ONUSIDA. *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242595567_fre.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
4. Kamoto K et al. HIV testing and antiretroviral therapy in government and mission hospitals in Malawi: 2002-2007. *Malawi Medical Journal*, 2008, 20:4-6.
5. Nakanjako D et al. Acceptance of routine testing for HIV among adult patients and the medical emergency unit at a national referral hospital in Kampala, Uganda. *AIDS and Behavior*, 2007, 11:753-758.
6. Wanyenze RK 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.
7. Chakaya JM et al. National scale-up of HIV testing and provision of HIV care to tuberculosis patients in Kenya. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 2008, 12:424-429.
8. Gwokyalya V et al. Integration of routine HIV testing with TB diagnosis among medical inpatients in Mulago Hospital, Uganda. *International Journal of Infectious Diseases*, 2008, 12(Suppl 1):e487.
9. Creek TL et al. Successful introduction of routine opt-out HIV testing in antenatal care in Botswana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 45:102-107.
10. Chersich MF et al. HIV testing and counselling for women attending child health clinics: an opportunity for entry to prevent mother-to-child transmission and HIV treatment. *International Journal of STD and AIDS*, 2008, 19:42-46.
11. Mugore L et al. An assessment of the understanding of the offer of routine HIV testing among pregnant women in rural Zimbabwe. *AIDS Care*, 2008, 20:660-666.
12. Perez F et al. Acceptability of routine HIV testing (« opt-out ») in antenatal services in two rural districts of Zimbabwe. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 41:514-520.
13. Steen TW et al. Two and a half years of routine HIV testing in Botswana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 44:484-488.
14. Corbett EL et al. HIV incidence during a cluster-randomized trial of two strategies providing voluntary counseling and testing at the workplace, Zimbabwe. *AIDS*, 2007, 21:483-489.
15. Feeley FG et al. A successful workplace program for voluntary counseling and testing and treatment of HIV/AIDS at Heineken, Rwanda. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 2007, 13:99-106.
16. Helleringer S et al. Increasing uptake of HIV testing and counseling among the poorest in sub-Saharan countries through home-based service provision. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 51:185-193.
17. Negin J et al. Feasibility, acceptability and cost of home-based HIV testing in rural Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 2009, 14:849-855.
18. Dandona L et al. Changing cost of HIV interventions in the context of scaling-up in India. *AIDS*, 2008, 22(suppl 1):S43-S49.
19. Gómez M. [A comparison of three screening strategies for prevention of perinatal HIV infection in Colombia: a decision analysis model.] *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2008, 24:256-264.
20. Nateniyom S et al. Provider-initiated diagnostic HIV counselling and testing in tuberculosis clinics in Thailand. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 2008, 12:955-961.
21. Pai NP et al. Impact of round-the-clock, rapid oral fluid HIV testing of women in labor in rural India. *PLoS Medicine*, 2008, 5:e92.
22. Adler A, Mounier-Jack S, Coker RJ. Late diagnosis of HIV in Europe: definitional and public health challenges. *AIDS Care*, 2009, 21:284-293.
23. Wolbers M et al. Delayed diagnosis of HIV infection and late initiation of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study. *HIV Medicine*, 2009, 9:397-405.
24. Delpierre C et al. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. *International Journal of STD and AIDS*, 2009, 18:312-317.
25. United Nations Population Division. *World population prospects: the 2008 revision, population database* [base de données en ligne]. New York, United Nations, 2008 (<http://esa.un.org/unpp/index.asp>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
26. *NIMH Project Accept/HPTN 043: a Phase III randomized controlled trial of community mobilization, mobile testing, same-day results and post-test support for HIV in sub-Saharan Africa and Thailand.* Arlington, VA, HIV Prevention Trials Network, 2009 (http://www.hptn.org/research_studies/hptn043.asp, consulté le 1^{er} septembre 2009).

27. Khumalo-Sakutukwa G et al. Project Accept (HPTN 043): a community-based intervention to reduce HIV incidence in populations at risk for HIV in sub-Saharan Africa and Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2008, 49:422-431.
28. Obwiri WK et al. "Moonlight" VCT and reproductive health services – innovation in reaching young people (15-24 years) involved in sex work and their sexual networks: experiences of the Kericho Youth Center in the Southern Rift Valley of Kenya. *The 2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting, 10-14 June 2009, Windhoek, Namibia*.
29. *Scaling up for impact. Results report*. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2009.
30. Demographic and Health Surveys [site Internet]. Calverton, MD, MEASURE DHS, ICF MACRO, 2009 (<http://www.measuredhs.com>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
31. Shisana O et al. *South African national HIV prevalence, incidence, behaviour and communication survey 2008: a turning tide among teenagers?* Cape Town, HSRC Press, 2009.
32. Shisana O et al. *South African national HIV prevalence, HIV incidence, behaviour and communication survey, 2005*. Cape Town, HSRC Press, 2005.
33. Shisana O, Simbayi L. Nelson Mandela/HSRC study of HIV/AIDS: *South African national HIV prevalence, behavioural risks and mass media household survey 2002*. Cape Town, HSRC Press, 2002.
34. *Kenya AIDS Indicator Survey 2007: preliminary report*. Nairobi, National AIDS and STI Control Programme, Ministry of Health, 2008.
35. OMS, UNICEF et ONUSIDA. *Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/hiv/pub/towards_universal_access_report_2008_fr.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).

UNIVERSEL

3. INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DU VIH DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Principales conclusions

- On dispose de plus en plus de données sur l'épidémiologie de l'infection à VIH parmi les groupes à risque élevé de contracter le virus, y compris dans les épidémies généralisées. Pourtant, sur 149 pays à revenu faible ou intermédiaire, seuls 41 ont indiqué qu'ils menaient une surveillance systématique du VIH chez les consommateurs de drogues injectables, 44 auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et 65 auprès des professionnel(le)s du sexe. Les informations sur la couverture des services de prévention, de traitement et de soins du VIH au sein de ces populations sont aussi limitées.
- Des 92 pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont renseigné sur les programmes et les politiques visant les consommateurs de drogues injectables, 30 ont affirmé avoir des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, et 26 proposaient un traitement de substitution aux opiacés. Les programmes d'échange ont distribué 24,4 seringues en moyenne par toxicomane et par an en Europe et Asie centrale et 26,5 en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, bien en dessous de l'objectif de 200 seringues par consommateur et par an qui a été recommandé par la communauté internationale. S'il y a des exemples d'activités d'expansion dans beaucoup de contextes, les consommateurs de drogues injectables continuent de se heurter à des obstacles juridiques et sociaux pour avoir accès aux services de santé.
- Le pourcentage médian d'hommes ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin était d'environ 60% dans 37 pays à revenu faible ou intermédiaire, avec cependant des variations nationales. Dans beaucoup de pays, la prévalence du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes est plus élevée que dans la population générale ; et l'homophobie et la pénalisation des rapports sexuels entre personnes du même sexe continuent de freiner la riposte. En 2008, l'attention internationale s'est recentrée sur l'épidémie du VIH parmi les hommes ayant des rapports homosexuels, par la publication de nouvelles statistiques et de consultations scientifiques visant à définir les interventions prioritaires du secteur de la santé pour répondre à leurs besoins.
- Parmi les professionnel(le)s du sexe, le taux médian déclaré d'utilisation du préservatif avec leur plus récent client était de 86% dans 56 pays à revenu faible ou intermédiaire. Les programmes promouvant 100% d'utilisation du préservatif chez les professionnel(le)s du sexe ont été mis en œuvre avec succès dans de nombreux pays. Il faudrait élargir ces méthodes en tenant compte du contexte local et de l'hétérogénéité de la profession du sexe qui est formelle et informelle.
- L'identification précoce et le traitement des infections sexuellement transmissibles est un élément capital pour lutter contre le VIH, tout particulièrement chez les personnes qui ont de multiples partenaires sexuels. La prévalence médiane déclarée de syphilis chez les professionnel(le)s du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire était de 6% (42 pays).
- Les 13 pays prioritaires en Afrique subsaharienne qui enregistrent des taux élevés de transmission hétérosexuelle du VIH et de faibles taux de circoncision ont établi des politiques et des programmes pour étendre cette pratique afin de réduire le risque d'infection à VIH par voie hétérosexuelle chez l'homme. De récentes études ont montré que l'effet protecteur de la circoncision se poursuivait au moins pendant 42 mois. Les activités futures porteront principalement sur l'amélioration de la prestation des services avec assurance qualité.
- Parmi les pays qui ont transmis des données sur le dépistage des infections transmissibles par transfusion (dont le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C et la syphilis), près de 25% ont indiqué qu'ils étaient dans l'incapacité de dépister une ou plusieurs de ces infections dans tous les dons du sang. La disponibilité et la sécurité du sang et des produits sanguins pour les transfusions demeurent préoccupantes, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
- Les pays à revenu faible ou intermédiaire ont été plus nombreux à faire état de l'établissement et de la mise en œuvre de politiques de prophylaxie post-exposition en 2008. Tous les pays qui ont présenté un rapport ont indiqué que leurs politiques couvraient l'exposition professionnelle au VIH et dans 75% des cas l'exposition non professionnelle, par exemple en cas de violences sexuelles.
- La recherche sur les nouvelles technologies de prévention, par exemple les vaccins, les microbicides et la prophylaxie antirétrovirale pré-exposition, offre au secteur de la santé de futures occasions d'élargir sa contribution à la prévention du VIH. Des recherches supplémentaires sont aussi requises sur l'utilisation optimale du traitement antirétroviral pour la prévention du VIH à l'avenir, y compris la faisabilité et l'acceptabilité de ces pratiques.

On comprend aujourd'hui mieux que jamais auparavant qu'une riposte efficace du secteur de la santé au VIH passe par une approche équilibrée qui intègre les services de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH. Plus de 25 ans depuis le début de l'épidémie, le nombre de nouvelles infections continue d'être inacceptable, avec pas moins de 2,7 millions [2,2 millions-3,2 millions] de personnes, dont 370 000 [330 000-410 000] enfants infectés en 2007. L'amélioration des données provenant des pays à revenu faible ou intermédiaire a permis de déceler la profonde influence que les groupes à risque élevé d'infection par le VIH (notamment les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes) exercent sur la propagation du virus, même dans les pays avec une épidémie généralisée. Par conséquent, on met davantage l'accent sur l'adaptation des programmes de prévention du

VIH au contexte national ou communautaire local et sur le recours à des approches conjuguées de prévention qui assurent en même temps toute une gamme d'interventions.

Le secteur de la santé joue un rôle de premier plan pour élargir la mise en œuvre des activités de prévention du VIH¹. Les interventions prioritaires associent plusieurs perspectives comportementales et biomédicales, notamment des méthodes ayant fait leurs preuves, comme la promotion de l'utilisation du préservatif et d'un équipement d'injection propre ; l'octroi d'un traitement de substitution aux opiacés et d'autres thérapies pour soigner la dépendance ; la prévention de l'infection par le VIH dans les établissements de santé ; la prévention et la prise en charge d'autres infections sexuellement transmissibles, au nombre desquelles l'hépatite virale. La prévention du VIH dans le secteur de la santé a également pour objectif d'éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant (chapitre 5) et de mettre à disposition des groupes les plus exposés des services de prévention ciblés. En 2007, la circoncision a aussi été recommandée comme intervention prioritaire de prévention du VIH, après que trois essais contrôlés randomisés ont indiqué clairement son effet protecteur contre la transmission hétérosexuelle du VIH chez l'homme (section 3.3). De plus, les services de santé doivent s'engager véritablement aux côtés des communautés de personnes vivant avec le VIH pour répondre à leurs besoins de prévention, protéger le plus possible leur état de santé et éviter de nouvelles contaminations.

La recherche en cours sur de nouvelles méthodes et technologies biomédicales de prévention, par exemples les vaccins, les microbicides topiques et la prophylaxie antirétrovirale pré-exposition, offrent au secteur de la santé de futures occasions d'étendre sa contribution à la prévention du VIH. De récentes études sur les couples sérodiscordants ont aussi montré le potentiel du traitement antirétroviral pour réduire la transmission du VIH (1). Des recherches plus approfondies doivent identifier les conséquences au niveau de la population de l'élargissement du traitement antirétroviral dans les épidémies de VIH et soigneusement étudier la faisabilité opérationnelle et financière de ces méthodes, y compris leurs répercussions éthiques (encadré 3.1).

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

Cette section présente les données sur l'accès aux programmes de prévention du VIH des consommateurs de drogues injectables, des professionnel(le)s du sexe et des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Ces groupes, qui peuvent courir un risque élevé de contracter l'infection à VIH en raison de leur comportement, constituent une priorité importante des activités du secteur de la santé. Les données sur l'accès aux interventions en matière de VIH des prisonniers sont également fournies en raison de la convergence des comportements à haut

Encadré 3.1. Utiliser les antirétroviraux pour la prévention du VIH

Le recours aux antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH apparaît comme un nouvel ensemble potentiel d'interventions à ajouter à la panoplie des mesures de prévention. Les médicaments antirétroviraux, associés au dépistage des femmes enceintes et à des pratiques appropriées d'alimentation du nourrisson, sont déjà utilisés pour prévenir la transmission du VIH de la femme enceinte à son enfant (chapitre 5). Des recommandations existent aussi sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour la prophylaxie post-exposition, et les recherches se poursuivent sur leur utilisation dans la prophylaxie pré-exposition (section 3.6). Des études ont en outre montré que le traitement antirétroviral pourrait réduire la transmission sexuelle du VIH dans les épidémies généralisées, particulièrement chez les couples sérodiscordants (1).

Certains travaux de recherche récents ont modélisé les effets du traitement antirétroviral sur la prévention du VIH. Dans un modèle mathématique utilisant des données provenant de la Colombie britannique (Canada), des chercheurs ont évalué les conséquences d'un élargissement de la couverture du traitement antirétroviral sur le nombre d'individus obtenant pour la première fois un résultat positif au test du VIH et sur les coûts liés au cours des 25 prochaines années (2). Ils ont estimé que l'expansion du traitement antirétroviral pouvait sensiblement réduire la croissance de l'épidémie et des coûts s'y rapportant. Les scientifiques de l'OMS ont présenté un modèle mathématique théorique sur l'impact potentiel du conseil et dépistage volontaires universels du VIH suivis immédiatement d'un traitement antirétroviral, quel que soit le stade clinique ou la numération des CD4 (3). Les résultats de l'exercice de modélisation suggèrent que, dans une épidémie généralisée aussi grave que celle qui sévit en Afrique australe, il serait possible de réduire l'incidence du VIH de 95% en dix ans et que cette politique pourrait procurer des économies à moyen terme.

Ces modèles théoriques soulèvent plusieurs questions concernant leurs postulats et leur applicabilité dans d'autres contextes. En novembre 2009, l'OMS organisera une consultation internationale de chercheurs, de cliniciens, d'experts en prévention, de spécialistes des droits de l'homme et de l'éthique ainsi que de représentants des programmes nationaux et de groupes communautaires pour identifier les priorités de la recherche en vue d'étudier la faisabilité, l'acceptabilité et les conséquences de l'utilisation optimale du traitement antirétroviral pour la prévention du VIH.

¹ Le présent chapitre se centre sur les interventions de prévention du VIH menées par le secteur de la santé et il n'aborde pas les activités multisectorielles de prévention du VIH réalisées en dehors du secteur de la santé.

Encadré 3.2. Notes méthodologiques sur la qualité et l'interprétation des données

Les données présentées et analysées dans cette section sur les groupes les plus exposés à l'infection par le VIH ont été soumises directement par les États membres à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en 2009¹. Des informations complémentaires proviennent d'autres sources publiées, pour les pays qui n'ont pas communiqué de renseignements.

La plupart des chiffres sur la couverture et l'impact des interventions pour les groupes les plus exposés résultent d'enquêtes dont les méthodes et les tailles d'échantillons peuvent être très hétérogènes. Par conséquent, les estimations de la couverture ne sont pas toujours fondées sur des estimations nationales représentatives de la taille de la population ayant besoin de ces services et ne sont pas forcément comparables entre pays. De plus, les interprétations des données relatives à la couverture doivent tenir compte du fait que beaucoup d'enquêtes ont été réalisées dans quelques grandes zones urbaines et que les résultats ne traduisent pas nécessairement les conditions régnant au niveau national.

Les rapports nationaux indiquent aussi que plusieurs données proviennent de services gérés par l'État ou d'autres organismes officiels. Ils sous-estiment probablement la couverture des services qui sont habituellement assurés par des organisations non gouvernementales, comme les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues. La non-présentation d'un rapport ne signifie pas obligatoirement l'absence de services, même si c'est parfois le cas. D'autre part, le fait qu'une politique particulière soit disponible n'indique pas le niveau, la portée ou la qualité des services réellement assurés.

L'analyse dans cette section n'inclut pas les enquêtes réalisées avant 2006 ni celles qui sont fondées sur des échantillons de moins de 100 participants. Des chiffres médians sont fournis par région chaque fois que cinq données nationales ou plus sont disponibles. Ces prochaines années, la quantité et la qualité des données devraient s'améliorer et il sera alors possible de discerner des tendances.

1. Données transmises par les pays à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en réponse au questionnaire annuel de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2009.

risque et du manque d'accès aux services de prévention de la population carcérale.

La surveillance biologique et comportementale d'un groupe de population particulièrement exposé au VIH est capitale pour la planification des programmes. L'ONUSIDA et l'OMS préparent actuellement des recommandations sur la surveillance des groupes exposés au VIH en raison d'un comportement à haut risque. Néanmoins, en 2008, seuls 41 des 149 pays à revenu faible ou intermédiaire ont indiqué qu'ils assuraient une surveillance systématique du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, 44 parmi les hommes qui ont des rapports homosexuels et 65 parmi les professionnel(le)s du sexe¹. Même si les priorités d'un pays en matière de surveillance du VIH parmi différents groupes de population dépendent des caractéristiques locales de l'épidémie, ces données mettent en évidence la nécessité globale d'élargir et de renforcer les activités de recueil et d'analyse des données pour mieux répondre aux besoins de différentes populations à risque (encadré 3.2).

3.1.1. Les consommateurs de drogues injectables

Le nombre de consommateurs de drogues injectables semble en hausse dans le monde. En 2008, le Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH et la consommation de drogues injectables a publié des chiffres sur la taille de cette population dans 148 pays (4). Les auteurs estiment que de 11 à 21 millions de personnes s'injectent des drogues dans le monde, les plus grandes concentrations se trouvant en Chine, aux États-Unis d'Amérique et dans la Fédération de Russie. D'après les données disponibles, les auteurs estiment également que de 0,8 million à 6,6 millions de consommateurs de drogues injectables dans le monde vivent avec le VIH, les groupes les plus nombreux vivant en Europe orientale, en Asie de l'Est et du Sud-Est et en Amérique latine.

De nouvelles recommandations, une surveillance de meilleure qualité et des systèmes plus performants de notification des résultats de la part des programmes visant les consommateurs de drogues injectables ont encouragé les pays et leurs partenaires à se centrer sur les besoins et la couverture des services pour cette population et ils semblent avoir permis de progresser. Cependant, beaucoup trop de pays continuent d'être en deçà de leurs besoins de prévention du VIH et de promotion de la santé. De plus, il faut se garder d'oublier que la toxicomanie est un problème de santé. La pénalisation de ce comportement et l'incapacité à déceler les morbidités concomitantes chez beaucoup de consommateurs de drogues injectables sont des facteurs de poids qui empêchent de nombreux pays d'assurer un accès universel aux interventions en matière de VIH qui sont destinées à ce groupe de personnes.

L'OMS, l'ONUSIDA et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) recommandent un ensemble complet de neuf interventions pour la prévention, le traitement et les soins du VIH chez les consommateurs de drogues injectables (5), à savoir : 1) les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, 2) le traitement de substitution aux opiacés (pour les consommateurs d'opiacés) et d'autres thérapies pour soigner la dépendance, 3) le conseil et dépistage du VIH, 4) le traitement antirétroviral, 5) la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, 6) la promotion du préservatif pour les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels, 7) des activités ciblées d'information, d'éducation et de communication, 8) le diagnostic et le traitement de l'hépatite virale ainsi que la vaccination contre cette infection, et 9) la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose. Ces neuf interventions sont incluses dans le paquet complet recommandé car elles exercent l'effet le plus marqué sur la prévention et le traitement du VIH et sont fondées sur une somme de données scientifiques qui étayent leur efficacité (6–8). La combinaison des interventions et leur contenu dépendent du contexte national (encadré 3.3).

1. Données transmises par les pays à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en réponse au questionnaire annuel de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2009.

Encadré 3.3. Définir et actualiser les directives sur la réduction des risques

L'OMS et ses partenaires continuent d'analyser la base d'observations et de préparer des directives sur les questions liées à la réduction des risques. Parmi les récentes publications, il convient de citer les recommandations de politique sur des services en collaboration de prise en charge de la tuberculose et du VIH pour les consommateurs de drogues injectables et autres toxicomanes (9), un guide de la prise en charge et l'extension des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (10) et des principes directeurs pour le traitement pharmacologique avec assistance psychosociale de la dépendance aux opiacés (11) ainsi que des publications régionales (12–16).

De plus, le guide technique de l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA (5) représente un pas important vers l'harmonisation des définitions et des interventions à inclure dans un paquet complet d'activités de prévention, de traitement et de soins du VIH pour les consommateurs de drogues injectables et l'offre de méthodes cohérentes pour mesurer et comparer les progrès des pays en vue de l'accès universel. Plusieurs programmes régionaux et nationaux ainsi que le Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH et la consommation de drogues injectables ont déjà adopté le cadre et les indicateurs proposés dans ce guide. D'autres organes des Nations Unies, notamment la Commission sur les narcotiques, ont signifié qu'ils entendaient adopter et employer ce cadre, et des donateurs bilatéraux et multilatéraux importants ont exprimé leur intérêt pour l'utilisation des indicateurs. En juillet 2009, une résolution du Conseil économique et social de l'ONU sur le VIH/sida (17) a approuvé ce guide. C'est la première année que l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont recueilli et communiqué des données sur les indicateurs clés recommandés dans le guide. Ce processus devrait générer une information plus détaillée ces prochaines années.

Tableau 3.1. Nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire ayant présenté des informations sur la disponibilité de l'ensemble complet d'interventions de prévention, de traitement et de soins du VIH pour les consommateurs de drogues injectables, 2008

Disponibilité de l'intervention	Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues	Traitement de substitution aux opiacés	Autres traitements de la dépendance	Conseil et dépistage du VIH	Traitement antirétroviral	Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles	Programmes de promotion du préservatif pour les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels	Activités ciblées d'information, d'éducation et de communication	Diagnostic et traitement de l'hépatite virale, et vaccination	Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose chez les consommateurs de drogues injectables
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est										
Oui	14	10	14	21	19	21	16	18	9	12
Non	9	13	9	2	4	2	6	5	13	11
Europe et Asie centrale										
Oui	11	11	11	10	11	9	11	10	8	7
Non	0	0	0	2	0	3	0	1	3	4
Amérique latine et Caraïbes										
Oui	3	2	6	10	11	9	7	8	4	4
Non	13	14	9	6	5	7	9	8	12	12
Moyen-Orient et Afrique du Nord										
Oui	2	3	6	8	8	8	2	8	5	5
Non	9	8	5	3	3	3	9	3	6	6
Afrique subsaharienne										
Oui	0	0	2	12	12	12	3	8	4	1
Non	31	31	29	19	19	19	28	23	27	30
Total										
Oui	30	26	39	61	61	59	39	52	30	29
Non	62	66	52	32	31	34	52	40	61	63

Note : Le nombre total de pays ayant présenté un rapport varie selon les interventions car certains pays n'ont pas transmis d'informations sur toutes les interventions.

Plusieurs organisations surveillent la riposte mondiale à l'épidémie de VIH chez les consommateurs de drogues injectables, notamment l'OMS, l'ONUSIDA, le Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH et la consommation de drogues injectables et l'Association internationale de réduction des risques (IHRA). Chacune publie régulièrement des données importantes utilisant des sources officielles et officieuses qui aident à placer dans leur contexte la riposte et les progrès vers l'accès universel.

Quatre-vingt-douze pays à revenu faible ou intermédiaire ont transmis à l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF des informations sur l'existence de politiques et programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables (tableau 3.1). Trente pays disposaient de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, et 26 signalaient qu'ils assuraient un traitement de substitution aux opiacés. Soixante et un pays avaient des politiques permettant (et proposant dans le cas de 59 pays) un traitement antirétroviral et la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles chez les consommateurs de drogues injectables. Des services ciblés de conseil et dépistage existaient dans 61 pays (chapitre 2) ; alors que 52 pays menaient des activités ciblées d'information, d'éducation et de communication à l'intention des consommateurs de drogues injectables¹.

On relève aussi des variations régionales dans la disponibilité des interventions pour les consommateurs de drogues injectables. Tous les pays ayant transmis des renseignements en Europe et Asie centrale (aucune information n'était disponible pour la Fédération de Russie, pays qui abrite le plus grand nombre de consommateurs de drogues injectables dans cette région) ont indiqué qu'ils proposaient des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, un traitement de substitution aux opiacés et d'autres thérapies pour soigner la dépendance. La plupart des pays ayant présenté un rapport en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est assuraient aussi ces interventions. En Amérique latine et aux Caraïbes, ainsi qu'au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, la plupart des pays qui ont communiqué des informations n'offrent pas ces trois interventions. En Afrique subsaharienne, aucun pays n'assure de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ni de traitement de substitution aux opiacés. Ce traitement est utile dans les pays qui connaissent une épidémie de dépendance aux opiacés, mais il n'a pas sa raison d'être dans les pays où d'autres drogues sont consommées, comme dans certaines régions d'Amérique latine.

Le tableau 3.2 présente des données sur la disponibilité des politiques relatives à la prévention, au traitement et aux soins du VIH pour les consommateurs de drogues injectables dans 30 pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont aussi renseigné sur la prévalence du VIH au sein de cette population. Dans les régions avec le plus grand nombre de pays ayant transmis des données, la prévalence médiane

déclarée du VIH chez les consommateurs de drogues injectables était près de quatre fois plus élevée en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est qu'en Europe et Asie centrale. Beaucoup des pays qui ont fait état d'une prévalence élevée du VIH (supérieure à 5%) chez les consommateurs de drogues injectables indiquent qu'ils ont défini un certain nombre des politiques de prévention recommandées, même si l'adoption des programmes d'échange d'aiguilles et de

Tableau 3.2. Disponibilité de politiques choisies de prévention, de traitement et de soins du VIH pour les consommateurs de drogues injectables dans 30 pays ayant transmis des informations sur la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables, 2008

Pays	Nombre d'interventions adoptées comme politiques ¹	Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues	Traitement de substitution aux opiacés	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH
Afghanistan	7	Oui		9%
Bangladesh	9	Oui		2%
Bosnie-Herzégovine	9	Oui	Oui	0%
Cambodge	6	Oui		24%
Chine	8	Oui	Oui	8%
Ex-République yougoslave de Macédoine	10	Oui	Oui	1%
Indonésie	9	Oui	Oui	52%
Iran (République islamique d')	10	Oui	Oui	19%
Jordanie	6			0%
Kazakhstan	10	Oui	Oui	4%
Kenya	6			35%
Lettonie	6	Oui	Oui	23%
Lituanie	10	Oui	Oui	4%
Maldives	6		Oui	0%
Maroc	8	Oui		2%
Myanmar	10	Oui	Oui	34%
Népal	8	Oui	Oui	35%
Nigéria	0			6%
Oman	8	Oui	Oui	1%
Pakistan	9	Oui		21%
Philippines	7	Oui		1%
République de Moldavie	6	Oui	Oui	17%
Roumanie	9	Oui	Oui	1%
Serbie	10	Oui	Oui	5%
Tadjikistan	10	Oui	Oui	19%
Thaïlande	10	Oui	Oui	48%
Ukraine	10	Oui	Oui	14%
Viet Nam	7	Oui	Oui	20%
Total (Oui)		26	19	

^a Les neuf interventions recommandées sont :

- (1) programmes d'échange d'aiguilles et de seringues,
- (2) traitements de substitution aux opiacés (pour les consommateurs d'opiacés) et autres thérapies de la dépendance aux drogues,
- (3) conseil et dépistage du VIH,
- (4) traitement antirétroviral,
- (5) prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles,
- (6) promotion du préservatif pour les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels,
- (7) activités ciblées d'information, d'éducation et de communication,
- (8) diagnostic, traitement et vaccination contre l'hépatite virale, et
- (9) prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose.

¹ Le nombre de pays faisant état de l'existence de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et de traitement de substitution aux opiacés est à peu près la moitié du chiffre donné par l'Association internationale de réduction des risques (IHRA) en mars 2009. Cet écart peut s'expliquer en partie par la portée différente des enquêtes respectives. Si les données communiquées à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA se centrent sur les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'IHRA brosse un tableau mondial et renseigne également sur des pays à revenu élevé. De plus, les processus d'établissement des rapports officiels de l'État ne tiennent pas toujours pleinement compte des services de réduction des risques assurés par les organisations non gouvernementales (18).

Tableau 3.3. Disponibilité et couverture des programmes de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables dans les pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont communiqué des informations, par région, 2006–2008^a

	Nombre de sites de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues pour 1000 consommateurs de drogues injectables	Nombre de sites de traitement de substitution aux opiacés pour 1000 consommateurs de drogues injectables	Aiguilles et seringues distribuées par des programmes d'échange, par consommateur de drogues injectables et par an	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables desservis par les programmes de prévention du VIH ces 12 derniers mois	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables affirmant avoir utilisé un équipement d'injection stérile lors de leur dernière piqûre	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH
Nombre de pays ayant transmis des renseignements	32	28	28	25	27	25	31
Europe et Asie centrale							
Arménie		0,0	15,1	54%	95%	56%	7%
Azerbaïdjan	0,7	0,1			62%	21%	10%
Bélarus	0,8	0,0	21,7			74%	8%
Bosnie-Herzégovine	1,0	1,0			32%	21%	0%
Estonie		0,8			94%	66%	55%
Ex-République yougoslave de Macédoine	1,9	1,0	24,4		73%	51%	1%
Géorgie	0,1	0,2	3,1	17%	93%	48%	
Kazakhstan	1,2	0,0	116,4	47%	60%	42%	4%
Kirghizistan	2,0	0,7	16,1		23%	27%	26%
Lettonie	1,3	0,1	18,3		83%		23%
Lituanie	2,3	3,3	43,5				4%
Monténégro							0%
Ouzbékistan	7,0	6,7	37,5	40%	84%	36%	13%
République de Moldavie					96%	68%	17%
Roumanie	2,9	0,4	66,0		84%	23%	1%
Serbie	0,7	0,8	15,6	21%	80%	29%	5%
Tadjikistan	1,2		54,4		63%	39%	19%
Ukraine	3,4	0,4	28,8	46%	84%	55%	14%
Médiane – Europe et Asie centrale	1,3	0,4	24,4	43%	83%	42%	8%
Amérique latine et Caraïbes							
Brésil	1,1						
Colombie		0,8					
Mexique	0,4						
Paraguay					70%	73%	
Moyen-Orient et Afrique du Nord							
Maroc	0,4		6,7				
Oman	0,3	0,3	0,8				
Asie du Sud, de l'Est et du Sud-Est							
Afghanistan	0,9						9%
Bangladesh	2,3	0,0	101,8	2%	32%	43%	2%
Cambodge ^b	1,0		58,8	56%	66%	68-79% ^c	24%
Inde ^b	1,1	0,3	28,6	10-83%	29-88%	44-100%	7%
Indonésie	2,7	0,4	6,8	45%	82%	34%	52%
Iran (République islamique d')	2,6	2,7	34,0	20%	74%	33%	19%
Malaisie	1,0	0,6	15,9				
Maldives				0%			0%
Myanmar	0,2	0,1	46,8	53%	81%	78%	34%
Népal	1,3	0,1	24,4	31%	93%	58%	35%
Pakistan	0,1	0,0	22,2	51%	77%	31%	21%
Philippines	0,1		2,5	14%	48%		
Sri Lanka	0,0	0,0	0,0				
Thaïlande							48%
Viet Nam	10,5	0,0	181,1	43%	89%	57%	20%
Médiane – Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	1,0	0,1	26,5	33%	77%	43%	20,5%
Afrique subsaharienne							
Kenya	0,0	0,0	0,0	35%			35%
Nigéria				1%	63%	40%	6%
Médiane – tous les pays ayant transmis des renseignements	1,1	0,3	24,4	37,5%	79%	42%	13%

^a Ces données doivent être placées dans le contexte des notes méthodologiques sur la qualité et l'interprétation des données (encadré 3.2). Les données provenant des programmes nationaux (nombre de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues pour 1000 consommateurs de drogues injectables, nombre de sites de traitement de substitution aux opiacés pour 1000 consommateurs de drogues injectables et nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par les programmes d'échange par consommateur de drogues injectables et par an) ne peuvent être comparées avec les autres données présentées dans ce tableau qui sont issues d'enquêtes et sont donc susceptibles de représenter des échantillons de petite taille et une surestimation de la couverture.

^b Les fourchettes sont exclues du calcul des médianes.

^c 79% avec les clients et 68% avec des partenaires non réguliers.

seringues et du traitement de substitution aux opiacés est encore clairement en retard. Dans les deux seuls pays de l'Afrique subsaharienne (Kenya et Nigéria) qui ont transmis ces renseignements, ni les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ni le traitement de substitution aux opiacés ne sont disponibles. On comprend de mieux en mieux l'importance de l'épidémie chez les consommateurs de drogues injectables en Afrique subsaharienne, mais la surveillance y est relativement récente.

Les données sur la couverture des interventions de réduction des risques sont limitées (tableau 3.3). Trente-deux pays ont communiqué le nombre de sites qui réalisent des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues pour 1000 consommateurs de drogues injectables et 28 pays le nombre de sites de traitement de substitution aux opiacés pour 1000 consommateurs de drogues injectables. La plupart de ces informations proviennent de deux régions : Europe et Asie centrale (14 et 15 pays respectivement pour les deux interventions) et Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (13 et 10 pays respectivement). L'Europe et l'Asie centrale avaient près de 1,3 site d'échange d'aiguilles et de seringues pour 1000 consommateurs de drogues injectables, légèrement plus qu'en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (1,0). La disponibilité de services de traitement de substitution aux opiacés est similaire : 0,4 site pour 1000 consommateurs de drogues injectables en Europe et Asie centrale et 0,1 en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est.

L'Europe et l'Asie centrale, ainsi que l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est sont aussi les deux régions où l'information est le plus largement disponible sur le nombre de seringues et d'aiguilles que les programmes d'échange distribuent par consommateur de drogues injectable et par an. Le nombre médian de seringues distribuées par les programmes d'échange, par consommateur de drogues injectables et par an, était d'environ 24,4 en Europe et Asie centrale et de 26,5 en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, mais avec d'importantes variations entre les pays. Ces niveaux de couverture sont nettement inférieurs à l'objectif recommandé par la communauté internationale, à savoir 200 seringues par consommateur et par an, ce qui a probablement influencé l'épidémie de VIH (5).

D'autres données sont disponibles à partir d'enquêtes auprès des consommateurs de drogues injectables. Parmi les 19 pays ayant transmis des données qui proviennent d'enquêtes mesurant la couverture des programmes de prévention, moins de 40% des toxicomanes déclarent avoir été atteints par ces programmes au cours des 12 derniers mois¹. En Europe et Asie centrale, le pourcentage médian de consommateurs de drogues injectables qui affirment avoir utilisé un équipement d'injection stérile lors de leur

dernière piqûre était de 83%, mais le pourcentage médian déclarant avoir utilisé un préservatif la dernière fois qu'ils ont eu un rapport sexuel était de seulement 42%. Les mêmes caractéristiques sont relevées parmi les consommateurs de drogues injectables en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est. Ces données résultent des affirmations des toxicomanes interrogés par les enquêtes et ne peuvent être comparées aux informations reçues par le biais des rapports nationaux. Les données des enquêtes peuvent également surestimer la couverture (encadré 3.4).

3.1.2. Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes

L'année 2008 a marqué un tournant avec la réorientation de l'attention internationale sur l'épidémie de VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, grâce à la publication de nouvelles données, des consultations scientifiques et la mobilisation de la communauté. La XVIIe Conférence internationale sur le sida tenue à Mexico en 2008 a constitué une plateforme sans précédent pour insister sur la nécessité de renforcer la surveillance, la prévention et les soins du VIH pour les hommes qui ont des rapports homosexuels. Elle a demandé un accès élargi aux services de santé pour ce groupe ainsi que pour les personnes transsexuelles, des investissements plus généreux dans l'information stratégique liée à l'épidémie de VIH et à la riposte, et elle a appelé de ses vœux la fin de la stigmatisation, de la discrimination, de l'homophobie et des législations partiales dans toutes les régions du monde.

En septembre 2008, l'OMS et le PNUD ont organisé une consultation pour définir des interventions et identifier le rôle du secteur de la santé dans l'expansion de la prévention et du traitement du VIH et des infections sexuellement transmissibles pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (21). Cette consultation a recommandé que les services de santé soient assurés dans un cadre de santé génésique qui tienne aussi compte des questions psychologiques d'identité, d'estime de soi et de comportement sexuel, ainsi que des soins pour les troubles dus à la toxicomanie et pour les victimes de violence. La surveillance, le suivi et la recherche sont des activités tout aussi essentielles pour comprendre l'épidémie et concevoir des ripostes appropriées.

De plus, des consultations régionales ont été organisées en Asie et dans le Pacifique, en Europe, en Amérique latine et aux Caraïbes, ainsi qu'en Afrique subsaharienne pour aborder des questions précises relevant de l'épidémiologie, des programmes et des droits de l'homme qui sont soulevées par la mise à l'échelle des services de lutte contre le VIH pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (encadré 3.5). Les consultations ont noté les déficits de connaissance dus à un manque de surveillance ou d'enquêtes comportementales et l'absence ou la sous-utilisation des services de santé. Elles ont souligné la nécessité de lever les obstacles sociaux et juridiques à l'expansion des programmes (22,23).

Plusieurs publications récentes ont présenté des données sur l'épidémiologie du VIH dans différentes régions parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

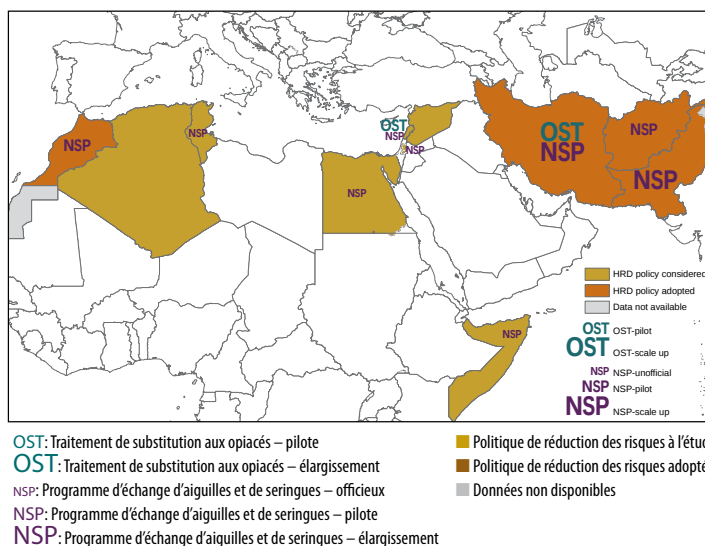
¹ Indicateur 9 de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (pourcentage de consommateurs de drogues injectables atteints par les programmes de prévention du VIH au cours des 12 derniers mois). On posait les questions suivantes aux répondants : 1) Savez-vous où vous adresser si vous souhaitez faire un test du VIH ? 2) Ces 12 derniers mois, avez-vous reçu des préservatifs (par exemple par un service de proximité, un centre de jour ou un dispensaire de santé génésique) ? 3) Ces 12 derniers mois, avez-vous reçu des aiguilles et des seringues stériles (par exemple par un agent de proximité, un pair éducateur ou un programme d'échange d'aiguilles) ? Le numérateur de l'indicateur est le nombre de répondants des groupes les plus à risque qui ont répondu par l'affirmative aux trois questions et le dénominateur est le nombre total de répondants.

Encadré 3.4. Expériences nationales d'expansion des interventions pour les consommateurs de drogues injectables

MENAHRA – créer un environnement politique positif au Moyen-Orient et en Afrique du Nord

En 2007, l'OMS et l'Association internationale de réduction des risques ont noué un partenariat pour créer le réseau de réduction des risques au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (MENAHRA), avec le concours de la Fondation Drosos. Le MENAHRA est formé de trois pôles régionaux de connaissances (en République islamique d'Iran, au Liban et au Maroc) ainsi que d'un réseau régional et il fournit un soutien financier pour renforcer le rôle de la société civile dans la mise en œuvre d'activités de réduction des risques dans la région. Pendant sa première année d'activité, le réseau s'est concentré sur la définition de priorités avec les pays de la région, sur la base d'une soigneuse évaluation de la gravité de leur situation, leurs besoins et leur volonté d'appliquer des interventions de réduction des risques (figure 3.1). Pendant la deuxième année, il a renforcé les capacités des pôles de connaissances et a formé environ 1500 personnes dans la région. D'ici à la fin 2013, le MENAHRA souhaite introduire ou élargir les programmes de traitement de substitution aux opiacés et d'échange d'aiguilles et de seringues dans la plupart des pays participants.

Figure 3.1. Analyse de la situation des interventions de réduction des risques au Moyen-Orient et en Afrique du Nord au niveau de référence, 2008



Mesurer le niveau de l'épidémie et la couverture des services à Zanzibar, République-Unie de Tanzanie

Bien que la consommation de drogues injectables soit probablement présente dans le continent africain depuis plus d'une décennie, les activités de surveillance et de prévention sont très récentes. Une enquête de 2007 à Zanzibar, République-Unie de Tanzanie, a révélé que les trois quarts des consommateurs de drogues injectables se faisaient des piqûres depuis sept ans ou plus. La même enquête a montré que près de la moitié (47%) des toxicomanes ne pouvaient obtenir d'aiguilles propres quand ils en avaient besoin, en général parce que les points de vente (pharmacies ou marchands à la sauvette) étaient fermés ou indisponibles (19). L'utilisation du préservatif dans cette population était rare, quel que soit le type de partenaire (rémunéré ou non). Dans l'ensemble, moins de la moitié des toxicomanes savaient où obtenir un test du VIH, et seulement 22% déclaraient avoir fait le test. L'enquête a montré une prévalence du VIH de 16% ; 13% des toxicomanes masculins avaient des rapports homosexuels ; et 25% des femmes s'injectant des drogues pratiquaient la prostitution. La prévalence du VIH chez les toxicomanes masculins ayant des rapports homosexuels était de 25% (20).

Étendre les interventions de lutte contre le VIH en Ukraine

On estime que de 300 000 à 400 000 personnes âgées de 15 ans et plus vivent avec le VIH en Ukraine. Parmi celles qui ont fait le test, plus de la moitié déclaraient consommer des drogues injectables, ce qui constitue un facteur majeur de risque de l'épidémie de VIH dans ce pays. En 2008, 95 000 des 230 000-360 000 consommateurs de drogues injectables ont bénéficié de différentes activités de prévention du VIH : programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, conseil et dépistage volontaires du VIH, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, conseil et transfert vers des centres adaptés. Néanmoins, l'accès au traitement de substitution aux opiacés est encore gravement limité : en août 2009, sur 53 000 toxicomanes qui s'injectent des opiacés et ont besoin d'un traitement de substitution (il s'agit là d'une estimation prudente), à peine 4300 participaient à des programmes à base de buprénorphine et méthadone.

Les programmes pilotes à base de buprénorphine ont commencé en 2004 en Ukraine et ont confirmé l'efficacité, la rentabilité et la sécurité du traitement de substitution. La méthadone a été acceptée et importée à la mi-2008 comme médicament complémentaire de substitution, préparant la voie à une expansion notable de ces services. Plus de 3500 consommateurs de drogues injectables ont été inscrits dans les programmes à base de méthadone de juin 2008 à juillet 2009. L'introduction du traitement de substitution aux opiacés s'est accompagnée de la préparation de modèles de soins intégrés, destinés à s'attaquer de manière globale et coordonnée aux problèmes sanitaires habituellement associés, notamment le VIH, la dépendance aux drogues, la tuberculose, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles.

Un nouveau plan national de lutte contre le VIH/sida 2009-2013 a été défini après une large évaluation externe entreprise en 2007. Il reconnaît qu'il est important d'élargir la priorité des services ciblés pour les consommateurs de drogues injectables de la prévention vers le traitement. On pense que 20 000 personnes recevront un traitement de substitution aux opiacés d'ici à 2013, conformément aux recommandations internationales, ce qui aidera à corriger les déséquilibres dans l'accès au traitement antirétroviral et à rompre la chaîne de transmission du VIH associée à la consommation de drogues injectables. L'optique intégrée des soins et du traitement sera un thème de premier plan dans l'élargissement prochain des services de traitement antirétroviral et de substitution aux opiacés dans le pays, ce qui devrait à son tour fournir un modèle pour la région.

Encadré 3.5. Engagements politiques régionaux en vue de répondre aux besoins sanitaires des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes

Amérique latine et Caraïbes

La population d'homosexuels, de bisexuels et d'autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ainsi que les personnes transsexuelles ont été touchées de manière disproportionnée par l'épidémie de VIH aux Amériques. Bien que la prévalence du VIH soit inférieure à 1% parmi la population générale dans la plupart des pays de la région, elle est parfois entre 5 et 20 fois plus élevée chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. La stigmatisation et la discrimination associées à l'homophobie alimentent l'épidémie, alors que la peur de l'ostracisme et de la maltraitance, associée à des sentiments de culpabilité et de honte, éloigne les gens des programmes de prévention, des activités de proximité et des services de santé qui dépistent et traitent les infections.

Des pays comme l'Argentine, le Brésil, la Colombie et le Mexique luttent contre l'homophobie par des campagnes de sensibilisation destinées à réduire les attitudes négatives à l'égard des minorités sexuelles et à améliorer leur qualité de vie. Tous les pays de l'Amérique latine ont abrogé les législations punitives qui poursuivaient les hommes qui avaient des rapports sexuels avec des hommes, permettant ainsi d'appliquer des stratégies et des activités pour répondre aux besoins de prévention et de soins de ces groupes. Pendant la XVII^e Conférence internationale sur le sida à Mexico en 2008, les ministres de la santé et de l'éducation des pays de l'Amérique latine et des Caraïbes ont déclaré que des programmes complets d'éducation sexuelle et de soins de santé pour la jeunesse devaient aborder la diversité sexuelle. Le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques soutient une initiative lancée par les programmes nationaux de lutte contre le sida au Brésil et au Mexique afin d'élargir l'accès, la couverture et l'utilisation de services de santé de qualité pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans la région. Deux consultations régionales d'experts se sont tenues en 2008 et 2009 pour mettre au point une trousse d'outils qui assurera la prestation de services de santé de qualité pour les homosexuels, les bisexuels et d'autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans le contexte du regain d'intérêt pour les soins de santé primaires.

Asie et Pacifique

En février 2009, le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental a organisé une consultation régionale sur la riposte du secteur de la santé au VIH/sida chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. La consultation, qui a constitué une première étape pour donner une priorité plus marquée aux besoins de santé des hommes qui ont des rapports homosexuels dans la région, a été menée de concert avec le PNUD, l'ONUSIDA et des partenaires nationaux, et elle a réuni des participants de 13 pays de la région. Les principaux objectifs de la consultation étaient de définir des voies d'amélioration de la disponibilité des données sur l'épidémie de VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et chez les personnes transsexuelles ; d'analyser les expériences de prestation des services de santé à ces groupes dans la région ; et d'identifier des actions et des recommandations essentielles pour élargir leur accès aux services.

La consultation a servi de plateforme pour galvaniser la volonté régionale de répondre aux besoins des hommes qui ont des rapports homosexuels et des personnes transsexuelles, et elle est parvenue à un consensus autour des priorités régionales pour l'action. Les participants ont pris acte des lacunes dans l'information sur l'épidémie dans ces groupes et ont demandé de consolider et d'harmoniser le recueil des données. La consultation a aussi recommandé de prendre des mesures pour renforcer la capacité des soignants à répondre aux besoins sanitaires spécifiques des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transsexuelles, définir des priorités pour l'allocation des ressources et promouvoir des environnements capacitants. Une réunion de suivi a défini un paquet essentiel de services de santé pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans la région, qui sera publié à la fin de 2009.

De plus en plus de pays asiatiques mènent désormais des activités systématiques de surveillance parmi ce groupe. Des études de cohortes sont en cours dans des pays comme la Thaïlande et elles ont permis de mesurer l'incidence du VIH parmi ces populations (24). Les données provenant de la Thaïlande montrent que l'incidence du VIH a augmenté dans chaque enquête biennale (à partir de 2003), avec un accroissement sensible dans le groupe le plus jeune d'hommes qui ont des rapports homosexuels (15-22 ans). La prévalence du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes augmente aussi régulièrement en Chine, où beaucoup de villes disposent maintenant d'enquêtes menées sur plusieurs années successives (25,26). La prévalence du VIH en Indonésie va de 2,0% à Bandung à 8,1% à Jakarta (27).

En Amérique latine et aux Caraïbes, où il est reconnu que l'épidémie de VIH touche principalement les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transsexuelles, on estime que la moitié des infections par le VIH dans la région en 2007 résultait de rapports anaux non protégés entre hommes (28). Dans la région, le coefficient homme : femme d'infection à VIH demeure à 2-3 pour 1.

De récentes informations mettent également en lumière la dynamique de l'épidémie de VIH dans beaucoup de pays de l'Afrique subsaharienne, où l'homophobie et la criminalisation des relations entre personnes du même sexe ont souvent contrarié une réponse efficace. Le taux déclaré de prévalence du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes est aussi ou plus élevé que le taux général chez les hommes, tel qu'il est mesuré dans les enquêtes auprès de l'ensemble de la population, par exemple en République-Unie de Tanzanie (29). Une étude au Botswana, au Malawi et en Namibie a révélé que l'utilisation du préservatif était rare et que des lubrifiants à base de dérivés du pétrole étaient fréquemment employés, ce qui rendait les préservatifs inefficaces. Seize pour cent des hommes ayant fait l'objet de l'enquête ont déclaré avoir en même temps des partenaires sexuels masculins et féminins (30). Les données provenant du Kenya montrent une prévalence du VIH-1 de 43% chez les hommes qui avaient des rapports sexuels uniquement avec des hommes et de 12% chez les hommes qui avaient des rapports sexuels avec des hommes et des femmes ; 44% des hommes sexuellement actifs depuis peu déclaraient ne pas utiliser de préservatif avec leurs partenaires occasionnels (31). En

Tableau 3.4. Disponibilité, couverture et impact des interventions de prévention pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ayant transmis des informations, 2006–2008^a

	Pourcentage d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes desservis par les programmes de prévention du VIH les 12 derniers mois	Pourcentage d'hommes affirmant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	Pourcentage d'hommes ayant des rapports homosexuels qui vivent avec le VIH
Nombre de pays ayant transmis des informations	26	38	35
Europe et Asie centrale			
Arménie	10%		2%
Azerbaïdjan	49%		1%
Bélarus		70%	3%
Bosnie-Herzégovine		49%	1%
Estonie		47%	
Ex-République yougoslave de Macédoine		56%	
Géorgie		62%	
Kazakhstan	31%	74%	0%
Lettonie		49%	4%
Lituanie	29%	51%	
Ouzbékistan	31%	61%	7%
Roumanie	55%	64%	
Serbie	12%	67%	6%
Ukraine	50%	39%	5%
Médiane - Europe et Asie centrale	31%	53,5%	4%
Amérique latine et Caraïbes			
Argentine			12%
Bolivie (État plurinational de)		63%	
Brésil		70%	
Chili		29%	
Colombie		62%	26%
Costa Rica	26%	79%	
El Salvador	62%	84%	
Équateur	49%	23%	19%
Guatemala			4%
Honduras	24%	69%	6%
Mexique	18%	79%	10%
Paraguay		63%	9%
République dominicaine			7%
Uruguay			9%
Médiane - Amérique latine et Caraïbes	26%	66%	9%
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est			
Bangladesh	8%	31%	0%
Cambodge			
Chine	39%	75%	6%
Inde ^a	17-97%	13-87%	7%
Indonésie	40%	55%	5%
Maldives	0%		0%
Mongolie	70%	87%	1%
Myanmar			29%
Népal	24%	74%	3%
Pakistan	13%	5%	4%
Philippines	19%	34%	
République démocratique populaire lao		24%	6%
Sri Lanka	14%		0%
Thaïlande			5%
Timor-Leste	94%	36%	
Viet Nam	26%	61%	9%
Médiane - Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	24%	45,5%	5%
Afrique subsaharienne			
Burkina Faso	28%		3%
Burundi			
Ghana		51%	25%
Mali		54%	
Nigéria	14%	57%	13%
Sénégal		75%	22%
Togo		60%	
Médiane - Afrique subsaharienne	21%	57%	17,5%
Médiane - tous les pays ayant transmis des informations	27%	61%	6%

^a Ces données doivent être placées dans le contexte des notes méthodologiques sur la qualité et l'interprétation des données (encadré 3.2).

^b Les fourchettes sont exclues du calcul des médianes.

Afrique du Sud, la prévalence déclarée du VIH chez les hommes qui ont des rapports homosexuels approchait les 50% à Johannesburg, contre 11% chez les hommes participant à une enquête auprès des ménages (32) et 14% au Kwazulu-Natal (33). Une récente analyse de la documentation sur l'infection à VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en Afrique (34) a identifié 19 enquêtes publiées jusqu'en mai 2009 sur 13 pays, en plus de travaux non publiés, ce qui montre que les données disponibles se multiplient. Pour chaque pays, la prévalence du VIH chez les hommes qui avaient des rapports homosexuels était plus élevée que parmi la population masculine adulte. L'article conclut que la volonté nationale de parvenir à un accès universel aux services de VIH pour les hommes qui ont des rapports homosexuels est en retrait, car elle doit s'opposer à de forts courants sociaux qui incluent l'illégalité des rapports sexuels entre hommes.

En Europe et en Asie centrale, d'après la documentation, la prévalence du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes est d'au moins 5% dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire, comme la Croatie, l'Estonie, la Fédération de Russie, la Géorgie et la Lettonie ; elle est même plus élevée dans des échantillons de convenance d'hommes qui ont des rapports homosexuels en particulier dans des lieux comme Tachkent, en Ouzbékistan (11%) et Odessa, en Ukraine (23%). Plusieurs pays comme la Bulgarie, la Croatie, la Fédération de Russie (Ekaterinbourg), la Géorgie et le Kirghizistan font également état d'une prévalence élevée de la syphilis latente chez les hommes qui ont des rapports homosexuels (35).

En Amérique du Nord, en Europe occidentale et en Australie, où les données longitudinales sont plus abondantes, une analyse récemment publiée suggère que la hausse de la prévalence du VIH chez les hommes qui ont des rapports homosexuels n'est pas circonscrite aux économies émergentes et aux pays à ressources limitées (36). Le taux de notification du VIH dans ce groupe a reculé de 5,2% par an de 1996 à 2000, mais il a augmenté de 3,3% par an de 2000 à 2005. Pendant la période d'accroissement des diagnostics du VIH, les diagnostics de la syphilis primaire et secondaire ont aussi augmenté chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Parmi les pays qui ont communiqué en 2009 des renseignements obtenus dans des enquêtes à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA, la couverture médiane des programmes de prévention pour les hommes qui ont des rapports homosexuels dans les 12 mois ayant précédé les enquêtes était de 24% en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est et de 31% en Europe et en Asie centrale (tableau 3.4)¹.

En Amérique latine et aux Caraïbes, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ont déclaré le taux

médian le plus élevé d'utilisation du préservatif pendant le dernier rapport anal avec un partenaire masculin (66%), avec cependant des disparités régionales considérables. Le taux d'utilisation du préservatif était également élevé en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, et variait de 5% à 87%. Ces données indiquent la nécessité de redoubler d'efforts pour atteindre ces populations avec des messages et des activités de prévention adaptés, lutter contre la stigmatisation et la discrimination et renforcer la volonté politique d'assurer l'accès aux soins de santé, quelle que soit l'orientation sexuelle.

3.1.3. Les professionnel(le)s du sexe

Près de 20 ans après l'instauration en Thaïlande d'une politique d'utilisation à 100% du préservatif pour les professionnel(le)s du sexe et 15 ans après la notification du principal impact du programme, le pourcentage médian des professionnel(le)s du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client dans 56 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant transmis des renseignements était de 86% (tableau 3.5). Comme on pouvait s'y attendre, les chiffres pour les pays individuels varient beaucoup, de 13% à 99%, ce qui indique que la couverture de certains pays est à la traîne.

L'Afrique subsaharienne connaît la plus forte prévalence médiane déclarée de VIH chez les professionnel(le)s du sexe (20% pour les 13 pays ayant communiqué des informations), en dépit d'une couverture médiane des programmes de prévention² de 76% et un taux médian d'utilisation du préservatif avec le dernier client de 86%. Au contraire, l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est affiche la plus faible prévalence médiane du VIH, 2%, avec des variations substantielles entre pays. La couverture des programmes de prévention et l'utilisation du préservatif avec le dernier client étaient plus faibles, à 49% et 80% respectivement. En Amérique latine et aux Caraïbes, parmi les 13 pays ayant adressé des données, la prévalence médiane du VIH chez les professionnel(le)s du sexe s'établissait à 4%. L'utilisation du préservatif avec le dernier client était relativement élevée, à 95%.

Les résultats montrent sans équivoque que les activités pour atteindre les professionnels du sexe, hommes et femmes, doivent être renforcées et élargies. De plus, il est clairement insuffisant de donner seulement la priorité aux pensionnaires des maisons closes pour assurer une couverture appropriée de la prévention. Les pays doivent imiter la Thaïlande, pionnière du message sur l'utilisation du préservatif à 100% (encadré 3.6), mais il faut aussi tenir davantage compte de l'hétérogénéité du commerce du sexe, formel et informel. Des programmes de proximité originaux qui mettent les professionnel(le)s du sexe en contact avec les services de santé publique sont nécessaires pour sortir la prostitution de l'ombre dans des sociétés où elle est illégale et mal tolérée. Des activités de proximité sont aussi nécessaires lorsque les coûts occasionnés par le temps consacré à la visite dans les services de santé

¹ Indicateur 9 de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui avaient été atteints par les programmes de prévention du VIH les 12 derniers mois). On posait les questions suivantes aux répondants : 1) Savez-vous où vous adresser si vous souhaitez faire un test du VIH ? 2) Ces 12 derniers mois, avez-vous reçu des préservatifs (par exemple par un service de proximité, un centre de jour ou un dispensaire de santé génésique) ? Le numérateur de l'indicateur est le nombre de répondants des groupes les plus à risque qui ont répondu par l'affirmative aux deux questions et le dénominateur est le nombre total de répondants.

² On posait les questions suivantes aux répondants : 1) Savez-vous où aller si vous souhaitez faire un test du VIH ? 2) Ces 12 derniers mois, avez-vous reçu des préservatifs (par exemple par un service de proximité, un centre de jour ou un dispensaire de santé génésique) ? Le numérateur de l'indicateur est le nombre de répondants des groupes les plus à risque qui ont répondu oui aux deux questions et le dénominateur est le nombre total de répondants.

Tableau 3.5. Disponibilité, couverture et impact des interventions de prévention pour les professionnel(le)s du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ayant transmis des renseignements, 2006–2008^a

	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe desservi(e)s par les programmes de prévention du VIH les 12 mois précédents	Pourcentage de professionnels des deux sexes ayant indiqué qu'ils avaient utilisé un préservatif avec leur plus récent client	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe vivant avec le VIH
Nombre de pays ayant transmis des renseignements	43	56	51
Europe et Asie centrale			
Arménie	41%	91%	0%
Azerbaïdjan	40%	21%	2%
Bélarus		86%	2%
Bosnie-Herzégovine		36%	0%
Estonie		94%	8%
Géorgie	80%	94%	
Kazakhstan	72%	93%	1%
Kirghizistan		80%	2%
Lituanie		92%	
Monténégro			1%
Ouzbékistan	75%	75%	2%
République de Moldavie		93%	3%
Roumanie	66%	91%	
Serbie	32%	91%	2%
Tadjikistan	39%	69%	2%
Ukraine	69%	86%	9%
Médiane - Europe et Asie centrale	66%	90,5%	2%
Amérique latine et Caraïbes			
Argentine	90%		5%
Barbade			
Bolivie (État plurinational de)	29%		1%
Chili			1%
Colombie		94 %	1%
Costa Rica		84%	0,1%
El Salvador	73%	97%	
Équateur	76%	95%	4%
Guatemala			5%
Honduras	23%	68%	3%
Mexique	36%	96%	6%
Paraguay		96%	9%
Pérou		42%	1%
République dominicaine	42%		5%
Uruguay			19%
Médiane - Amérique latine et Caraïbes	42%	95%	4%
Moyen-Orient et Afrique du Nord			
Algérie			4%
Maroc	49%	4%	2%
Yemen		61%	1,6%
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est			
Bangladesh	12%	63%	0.3%
Cambodge	94%	99%	13%
Chine	55%	85%	0.5%
Inde ^b	56%	13-87%	5%
Indonésie	40%	70%	10%
Iran (République islamique d')	58%	55%	
Maldives	0%		
Mongolie	60%	94%	0%
Myanmar	76%	96%	18%
Népal	41%	75%	2%
Pakistan	2%	41%	0%
Philippines	14%		

République démocratique populaire lao	49%	95%	0,5%
Sri Lanka	44%	75%	0%
Thaïlande			4%
Viet Nam	65%	94%	3%
Médiane – Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	49%	80%	2%
Afrique subsaharienne			
Angola		97%	
Bénin	81%	78%	32%
Burkina Faso			
Burundi	97%	82%	38%
Comores	59%	59%	0%
Côte d'Ivoire	93%	96%	18%
Érythrée		49%	11%
Gabon	29%	67%	20%
Ghana		99%	38%
Madagascar	88%	79%	0,5%
Mali		99%	35%
Mauritanie	36%	91%	8%
Niger		92%	
Nigéria	19%	98%	33%
République démocratique du Congo ^a		61%	14%
Rwanda	83%	87%	
Sénégal		99%	20%
Tchad	72%	83%	
Togo	76%	85%	
Médiane – Afrique subsaharienne	76%	86%	20%
Médiane – tous les pays ayant transmis des renseignements	56%	86%	3%

^a Ces données doivent être placées dans le contexte des notes méthodologiques sur la qualité et l'interprétation des données (encadré 3.2).

^b Les fourchettes sont exclues du calcul des médianes.

^c Données recueillies entre décembre 2004 et mars 2006.

Encadré 3.6. Expériences nationales d'extension des interventions de prévention du VIH pour les professionnel(le)s du sexe

Répondre aux besoins des professionnel(le)s du sexe qui travaillent hors des maisons closes en Thaïlande

D'après de récentes informations, les programmes très réussis de prévention du VIH à l'intention des professionnel(le)s du sexe de la dernière décennie seraient en train de s'émousser. La structure de la prostitution a notablement changé, avec moins de pensionnaires de maisons closes et plus de professionnel(le)s qui travaillent dans les rues et sont exclu(e)s du système annuel de surveillance sentinelle. Une enquête sur la prévalence du VIH et les comportements à risque de professionnelles du sexe a interrogé 707 prostituées à Bangkok et 366 à Chiang Rai. Au total, 73% des participantes de Bangkok ne travaillaient pas dans une maison close, contre 24% à Chiang Rai. Le taux ajusté d'utilisation du préservatif avec le dernier client était plus élevé à Bangkok (93%) qu'à Chiang Rai (69%) ; la prévalence du VIH était également supérieure à Bangkok (20%) par rapport à Chiang Rai (10%). Point important, la prévalence du VIH dans cette enquête était nettement plus forte que les résultats de la surveillance sentinelle 2007 chez les professionnelles du sexe (Bangkok, 2,5% ; Chiang Rai, 2,6%) (37).

Promouvoir l'utilisation du préservatif à 100% en Côte d'Ivoire

En 2008, le Gouvernement ivoirien et l'OMS ont entrepris une évaluation détaillée de la situation épidémique et de la riposte nationale pour améliorer les services de prévention et de soins du VIH pour les professionnel(le)s du sexe dans le pays. Cette analyse a révélé que, malgré quelques succès, les programmes existants se limitaient à distribuer en moyenne 16 préservatifs par professionnel du sexe par an et qu'il n'y avait pas de politique nationale pour promouvoir et soutenir l'utilisation généralisée du préservatif par les professionnel(le)s du sexe. Elle a également noté que la plupart des programmes ne relevaient pas du Ministère de la Santé et ne faisaient pas appel aux autorités sanitaires. Après l'évaluation, le Gouvernement ivoirien, de concert avec ses partenaires et les parties prenantes, prévoit le passage à l'échelle nationale d'un programme d'utilisation du préservatif à 100% pour les professionnel(le)s du sexe, avec distribution gratuite de préservatifs et accès accru aux services de dépistage, de soins et de traitement du VIH. Il accélérera aussi les activités pour définir des normes et des directives sur le traitement des infections sexuellement transmissibles, renforcer les capacités de gestion des programmes et élargir la surveillance parmi ces groupes. D'autres pays d'Afrique subsaharienne comme le Kenya appliquent une approche similaire pour parvenir aux objectifs de la stratégie régionale d'accélération de la prévention du VIH (38).

sont élevés. On ne parviendra à un accès universel des professionnel(le)s du sexe que si les politiques et les services s'adaptent à leurs besoins.

3.1.4. Les prisonniers

Les détenus ou les personnes incarcérées courent souvent un risque accru de contracter le VIH (39). Bien que la plupart des prisonniers soient contaminés par le VIH hors de la prison, le risque de transmission du virus pendant la détention

augmente avec le partage d'équipement souillé d'injection, de tatouage ou de piercing ou par des rapports sexuels non protégés. De plus, ce groupe est largement hors d'atteinte du système formel de santé dans la communauté, ce qui fait des prisons une priorité importante des interventions du secteur de la santé en matière de VIH. Depuis le début des années 90, un nombre croissant de pays ont introduit des programmes de lutte contre le VIH en milieu carcéral, mais beaucoup excluent les interventions les plus

Encadré 3.7. Expériences nationales de l'extension des interventions en prison

Assurer un ensemble complet d'interventions dans la République de Moldavie

Dès 1999, des organisations non gouvernementales locales de la République de Moldavie ont commencé à dispenser une éducation en matière de VIH et à proposer un large éventail de services de réduction des risques, notamment le soutien psychologique, le conseil, la distribution d'équipement d'injection propre et de préservatifs, et, plus récemment, de méthadone, dans les prisons. Dix ans plus tard, la République de Moldavie demeure l'un des rares pays du monde à assurer des services complets de réduction des risques en prison, accordant aux prisonniers un accès gratuit, anonyme et confidentiel à une vaste palette de matériels et de fournitures qui peuvent grandement réduire les risques sanitaires.

Dans l'ensemble, plus des deux tiers des adultes condamnés à une peine de prison dans la République de Moldavie ont accès à des services de réduction des risques. Dans toutes les prisons qui proposent ces services, l'expérience a été positive : les aiguilles n'ont jamais été utilisées pour blesser le personnel pénitentiaire ou d'autres prisonniers, la consommation de drogues n'a pas augmenté et les données dont on dispose suggèrent une réduction de l'incidence du VIH et de l'hépatite C. Le nombre total d'aiguilles et de seringues échangées dans les prisons moldaves est passé de 3650 en 2000-2001, quand le projet opérait seulement dans un établissement pénitentiaire, à près de 84 000 en 2006-2007. Près de 2000 tests du VIH sont réalisés chaque année.

La République de Moldavie a lancé le traitement à la méthadone en 2004. En dépit de plusieurs mesures pour en élargir l'accès, la couverture globale de la méthadone demeure modeste, puisqu'elle atteint moins de 1% du nombre estimé de personnes qui s'injectent des opiacés dans le pays. La République de Moldavie a aussi été le premier des États de l'ancienne Union soviétique à introduire la méthadone dans les prisons en 2005. Depuis, 120 prisonniers ont reçu de la méthadone dans les cinq sites de substitution aux opiacés qui fonctionnent au sein du système pénitentiaire (40).

La prestation des services s'est accompagnée d'une expansion de la formation ; et la connaissance du VIH et des comportements à risque est presque universelle parmi les prisonniers et le personnel pénitentiaire, depuis les gardiens jusqu'aux administrateurs. Cette information a permis de réduire la discrimination et la stigmatisation liées au VIH, ce qui a amélioré les conditions de vie des prisonniers séropositifs. Les priorités pour l'avenir sont d'assurer la continuité des soins, notamment la réduction des risques et le traitement de substitution aux opiacés, après la libération du détenu et de veiller à un meilleur accès au traitement de l'hépatite C en prison.

Assurer des services de conseil et dépistage du VIH au Swaziland (41)

Le Swaziland compte une douzaine de prisons avec une capacité maximale de 500 détenus. En 2007, Population Services International a collaboré avec le Ministère de la Santé et les services pénitentiaires pour faire entrer le conseil et le dépistage du VIH à Matsapha, la prison centrale du pays. Des services mensuels de proximité ont aussi été lancés dans les 12 établissements pénitentiaires, et un site permanent de conseil et dépistage a été créé à la centrale Matsapha. Les prisonniers dont le résultat au test était positif étaient aiguillés vers l'hôpital ou le centre de santé le plus proche pour y être soignés (transportés par les services pénitentiaires pour des raisons de sécurité). D'après la loi sur les prisons, les préservatifs ne peuvent pas être distribués aux détenus, mais d'autres matériels d'éducation et de communication pour la prévention du VIH ont été remis aux prisonniers, séropositifs ou séronégatifs. Au total, 198 prisonniers et gardiens ont été formés comme éducateurs, et dix gardiens supplémentaires ont appris à assurer le conseil et le dépistage du VIH. Quelque 1150 prisonniers, gardiens et personnes à leur charge ont fait le test du VIH sur le site. La prévalence du VIH dans l'établissement pénitentiaire était de 26% pour les prisonniers.

Éducation par les pairs pour étendre la prévention du VIH en Thaïlande

Une étude en Thaïlande a créé un programme d'éducation par les pairs et un service de conseil et dépistage du VIH dans une prison abritant 900 hommes (prison A). Une année après, une enquête transversale a été réalisée pour évaluer l'intervention dans la prison A et pour estimer les besoins dans la prison B, un centre accueillant 4000 prisonniers sans intervention en matière de VIH (42). Dans la prison A, 50 prisonniers bénévoles ont appris à informer les codétenus sur le VIH, par exemple en les orientant vers les services de conseil et dépistage de la prison ; des préservatifs ont été distribués sur demande. Un total de 746 détenus a participé à l'enquête dans les deux prisons. Parmi les comportements potentiellement à risque de VIH en prison figuraient le partage de matériel de tatouage (64), la modification du pénis par des coupures ou des insertions destinées à accroître le plaisir sexuel (27%), les rapports sexuels anaux (14%) et la consommation de drogues injectables (1%). La plupart des détenus de la prison A avaient été exposés à l'éducation dispensée par leur pairs (82%) et ils indiquaient qu'ils avaient confiance dans la confidentialité des services de conseil et dépistage du VIH basés dans la prison (70%) et qu'ils prévoyaient d'utiliser ces services (75%). Parmi les prisonniers qui pratiquaient des rapports sexuels anaux, tous ceux de la prison A et 20% de la prison B croyaient qu'il était facile de se procurer des préservatifs en prison ; de plus, un accès aisé aux préservatifs, rendu possible par l'intervention en matière de VIH dans la prison A, était fortement associé à l'utilisation du préservatif. Des 171 prisonniers qui avaient eu accès au conseil et dépistage, 13 (8%) étaient séropositifs ; tous les 13 ont reçu des soins et trois d'entre eux ont commencé un traitement antirétroviral.

Tableau 3.6. Pourcentage de détenus qui ont fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, 2006–2008

Pays	Ont fait un test du VIH et en connaissent le résultat
Bosnie-Herzégovine	97%
Kazakhstan	57%
Lettonie	48%
République de Moldavie	7%
Serbie	14%
Tadjikistan	11%
Ukraine	25%
Median	25%

efficaces comme les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ou le traitement de substitution aux opiacés. Les données disponibles dans sept pays d'Europe et d'Asie centrale (tableau 3.6) indiquent que seul un quart des prisonniers avaient eu accès au dépistage du VIH et avaient fait un test au cours des 12 mois précédents (encadré 3.7).

3.2. Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles

Une mesure essentielle pour enrayer la propagation du VIH est de rapidement identifier et traiter les infections sexuellement transmissibles, en particulier chez les personnes qui ont des partenaires sexuels multiples. Les infections sexuellement transmissibles accroissent de manière synergique la probabilité de la transmission du VIH par différents mécanismes (43). Les preuves scientifiques se sont accumulées ces vingt dernières années sur le rôle des ulcérations génitales et autres infections sexuellement transmissibles qui facilitent la transmission sexuelle du VIH. Des données cliniques substantielles indiquent que les infections sexuellement transmissibles peuvent favoriser la pénétration du VIH dans l'appareil génital, ce qui rend le virus plus infectieux. Elles semblent aussi accroître la vulnérabilité au VIH.

Beaucoup d'interventions pour maîtriser les infections sexuellement transmissibles se sont révélées efficaces, notamment la prise en charge syndromique des ulcérations génitales et des pertes urétrales, le traitement de la trichomonase chez les partenaires masculins, des conseils rapides sur la réduction des risques et le traitement des infections à gonocoque et chlamydia chez les partenaires. Ces interventions ont permis de diminuer la prévalence de certaines infections majeures (comme le chancre mou, la syphilis et la gonorrhée) dans beaucoup de régions du monde. La lutte contre les principales infections sexuellement transmissibles peut aussi avoir contribué au déclin progressif de la prévalence du VIH dans plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire.

Bien que les conséquences du traitement des infections sexuellement transmissibles sur la transmission et l'acquisition du VIH diffèrent selon les stades des épidémies

de VIH et d'infection sexuellement transmissibles, il convient de fixer des priorités parmi les populations et les pathogènes visés pour maximiser l'impact des activités. Dans une épidémie généralisée de VIH, avec une prévalence croissante de l'infection à VIH et des taux élevés d'infections sexuellement transmissibles guérissables, le traitement des infections sexuellement transmissibles influencera probablement l'incidence de l'infection à VIH au niveau de la population. De même, dans les épidémies concentrées ou de faible intensité, en particulier quand la lutte contre les infections sexuellement transmissibles est médiocre, la prévalence d'infections sexuellement transmissibles guérissables (ulcérations génitales) est élevée et le comportement sexuel à haut risque est fréquent. Dans ces épidémies, il est probable que le traitement des infections sexuellement transmissibles influencera fortement l'incidence de l'infection à VIH au niveau de la population (encadré 3.8).

L'accès aux services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles est essentiel pour prévenir l'infection à VIH dans les populations les plus exposées au virus, comme les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. L'accès à ces services donne aussi des possibilités de traitement précoce des infections sexuellement transmissibles ainsi que des conseils et des informations sur le changement de comportement ; il rend possible le dépistage du VIH dans des groupes avec des infections sexuellement transmissibles et procure des occasions de dispenser une éducation à la prévention et des conseils aux personnes qui présentent une infection aiguë ou latente ; enfin, il sert de point d'entrée vers les programmes de soins pour les personnes vivant avec le VIH.

La prévalence médiane déclarée de la syphilis¹ était de 6% chez les professionnel(le)s du sexe dans les 42 pays qui ont communiqué des chiffres sur ce point. Ce sont les pays d'Europe et de l'Asie centrale qui ont notifié les taux les plus élevés. D'après les données disponibles dans 31 pays, la syphilis semble aussi être préoccupante chez les hommes qui ont des rapports homosexuels, en particulier en Amérique latine et aux Caraïbes, où le taux médian de prévalence était supérieur à 10%, soit plus de deux fois la médiane mondiale.

Les professionnel(le)s du sexe ont des besoins sociaux et sanitaires spéciaux, notamment dans les sociétés qui les stigmatisent ou lorsque des obstacles juridiques les empêchent d'avoir accès aux services de santé. Dans ce cas, il peut se révéler nécessaire de créer des services dédiés afin d'élargir l'accès aux interventions de santé. En 2008, 35 pays à revenu faible ou intermédiaire ont notifié des données sur la prestation ciblée de services aux professionnel(le)s du sexe pour la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles². La

¹ La définition d'un cas de syphilis varie. Ces données devraient être interprétées, au minimum, comme représentant l'historique sérologique de la syphilis : dépistage au moyen du test RPR (*rapid plasma reagent*) ou VDRL (*venereal disease research laboratory*).

² Plusieurs pays ont indiqué que les professionnel(le)s du sexe recevaient des services pour les infections sexuellement transmissibles dans des dispensaires non ciblés. Par conséquent, ce chiffre sous-estime probablement la couverture réelle.

Encadré 3.8. Le virus Herpes simplex type 2 et le VIH

L'herpès génital causé par le virus Herpes simplex type 2 (VHS-2) est un facteur majeur d'alimentation de l'épidémie de VIH. La recherche a en effet révélé que les personnes qui présentent une infection à VHS-2 courent deux fois plus de risques de contracter le VIH que les personnes non infectées, alors que les individus qui présentent une coinfection par le VIH et le VHS-2 ont cinq fois plus de probabilités de transmettre le VIH à leur partenaire sexuel et d'avoir des niveaux élevés de VIH dans le sang et les sécrétions génitales. Bien que de récents essais aient montré que le traitement du VHS-2 avec un antirétroviral réduisait les ulcérations génitales dues au VHS-2 et diminuait légèrement les niveaux du VIH dans le sang, ces résultats n'ont pas suffi à réduire le risque de transmission du VIH. L'infection à VHS-2 est l'une des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes dans le monde ; elle est particulièrement répandue dans les régions qui enregistrent des taux élevés d'infection à VIH et jusqu'à 90% des personnes qui ont le VIH sont par endroits infectées également par le VHS-2. Prévenir l'infection primaire par l'herpès est donc une intervention importante pour prévenir la transmission du VIH. De plus, dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, le public et les agents de santé connaissent mal le VHS-2. Les programmes de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles doivent être mieux coordonnés et utiliser plus judicieusement les possibilités de synergie. Des interventions plus énergiques de lutte contre l'infection à VHS-2 sont requises pour influencer sur la transmission du VIH, comme la disponibilité d'un vaccin contre l'infection à VHS-2.

disponibilité médiane mondiale était à peine inférieure à 1 dispensaire pour 1000 professionnel(le)s du sexe, oscillant de 0,5 au Moyen-Orient et en Afrique du Nord à 2,1 en Europe et Asie centrale. En Asie, parmi 12 pays ayant transmis des renseignements, la prestation médiane estimée était de 0,92 point de service pour 1000 professionnel(le)s du sexe, s'échelonnant entre 0,06 pour 1000 en Malaisie et 5 pour 1000 dans la République démocratique populaire lao.

3.3. Circoncision

La circoncision est maintenant reconnue comme une intervention supplémentaire dont dispose le secteur de la santé pour réduire le risque de transmission du VIH aux hommes hétérosexuels, en particulier dans les pays à taux élevé de contamination par voie hétérosexuelle et à faible taux de circoncision. Trois essais contrôlés randomisés réalisés en Afrique subsaharienne pour évaluer l'impact de la circoncision sur la transmission du VIH chez l'homme hétérosexuel (44–46) ont révélé un net effet protecteur, avec près de 60% de réduction du risque de contracter le VIH. Des recherches complémentaires ont démontré que la durée de l'impact bénéfique de la circoncision sur la transmission du VIH est aussi plus longue que ce que laissaient penser les travaux précédents (47). Selon des données présentées à la XVII^e Conférence internationale sur le sida à Mexico en 2008, l'effet protecteur de la circoncision se poursuit au moins pendant 42 mois, bien au-delà de la période de deux ans estimée à l'origine.

Une somme croissante de données indique également que la circoncision peut protéger contre d'autres infections sexuellement transmissibles. Les travaux réalisés en Ouganda ont conclu que cette intervention réduisait sensiblement l'incidence du VHS-2 et la prévalence des infections à papillomavirus humain (48). Dans une étude en Afrique du Sud, la circoncision a contribué à réduire le risque de contracter le VHS-2 de près de moitié (49). Aux États-Unis d'Amérique, les chercheurs ont noté que la circoncision pourrait réduire les infections persistantes à papillomavirus humain. Parmi les participants de l'étude qui ont contracté une infection à papillomavirus humain, les hommes circoncis avaient plus de probabilités de voir leur système immunitaire nettoyer le virus avant la fin de l'étude que les autres participants non circoncis (50).

En 2007, un groupe international d'experts réuni par l'OMS et l'ONUSIDA a prodigué des conseils aux gestionnaires nationaux, aux décideurs et aux partenaires d'exécution sur la manière dont les services de circoncision devraient être introduits et élargis (51). Les recommandations soulignent que la circoncision doit être étendue dans le cadre d'un ensemble intégré de prévention, étayé par le contexte social et culturel. Avant la circoncision, le soignant doit proposer le conseil et le dépistage du VIH. Les recommandations insistent aussi sur la nécessité d'accompagner la circoncision d'une communication appropriée concernant le manque de données sur son effet protecteur chez les hommes hétérosexuels vivant avec le VIH. L'intervention chirurgicale doit être menée dans un environnement clinique adapté par des professionnels de santé formés. Enfin, les principes des droits de l'homme doivent guider la prestation des services.

La consultation a aussi convenu que les pays qui connaissent un taux de prévalence du VIH supérieur à 15%, une épidémie hétérosexuelle généralisée de VIH et un faible taux de circoncision devraient envisager de toute urgence d'étendre les services de circoncision. Treize pays, à savoir l'Afrique du Sud, le Botswana, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie, le Rwanda, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe, ont été considérés comme prioritaires pour l'action.

Depuis lors, ces 13 pays ont progressé vers l'établissement des conditions nécessaires pour relever la disponibilité des services de circoncision. Ils font montre d'une ferme volonté politique, avec un engagement actif aux plus hauts niveaux de l'État. Le recrutement réussi des chefs et dirigeants traditionnels au Kenya (encadré 3.9), au Lesotho et en Namibie à l'appui de la circoncision a aussi été déterminant, tout comme la participation efficace des groupes de femmes au Zimbabwe. Des partenariats entre les autorités nationales et locales, les donateurs et les institutions d'assistance technique ont été créés pour soutenir et accélérer les progrès. Le Consortium sur la circoncision au Kenya et le Partenariat pour la circoncision au Swaziland et en Zambie appuient activement leurs programmes gouvernementaux respectifs. Des analyses de situation ont été réalisées ou sont en cours dans les 13 pays prioritaires avec des consultations de différentes parties prenantes. Le Kenya a officiellement adopté un guide national sur la circoncision, alors que l'Afrique du Sud, le Lesotho, la Namibie, le Swaziland et

Encadré 3.9. Étendre la circoncision pour réduire le risque d'infection par le VIH chez les hommes hétérosexuels au Kenya

En 2007, le Kenya a adopté des directives sur le rôle de la circoncision pour réduire le risque d'infection par le VIH chez les hommes séronégatifs sexuellement actifs (53). Depuis, le pays a progressé rapidement pour opérationnaliser les services de circoncision dans le cadre de l'approche intégrée de prévention qui comprend le changement comportemental, l'utilisation du préservatif et le dépistage du VIH.

La circoncision est désormais incluse officiellement dans le Plan stratégique national de lutte contre le sida III du Kenya (2009/2010 - 2012/2013), qui vise à faire passer la proportion d'hommes circoncis âgés de 15 à 49 ans de 84% à 94% d'ici à 2013 à l'échelle nationale, la couverture de chaque région atteignant au moins 80% (54). Pour parvenir à ces objectifs, il faudra pratiquer 150 000 circoncisions par an sur cinq ans, et ces interventions devraient contribuer substantiellement à réaliser l'objectif national qui est de diminuer de moitié le taux de nouvelles infections par le VIH d'ici à la fin de cette période. On estime qu'il faudra de \$US 37 millions à \$US 56 millions pour circoncire 750 000 hommes.

L'engagement communautaire a été essentiel tout au long de la conception de la politique et de son application. Des consultations ont été organisées entre différents participants, notamment des soignants, des organisations confessionnelles, des groupes de femmes et de jeunes et des chefs communautaires. Le modèle de prestation des services est centré sur les cliniciens et le personnel infirmier comme prestataires initiaux, et les procédures peuvent être pratiquées à tous les niveaux de soins, notamment dans des « dispensaires volontaires de circoncision » mobiles. Actuellement, 124 centres proposent des services complets de circoncision dans la province de Nyanza, où la prévalence du VIH est de 15%, soit deux fois plus que la moyenne nationale. Trois cents soignants ont été formés, notamment des médecins, des cliniciens, des infirmières et du personnel d'appui. En mai 2009, 20 000 circoncisions avaient déjà été pratiquées. En avril 2009, une équipe formée de partenaires et de représentants du Ministère de la Santé a réalisé des visites d'assurance qualité dans plusieurs sites et a conclu que la plupart fonctionnaient bien selon les normes de l'OMS.

L'expérience du Kenya montre qu'il est possible de généraliser la circoncision et que les défis politiques et socioculturels ne sont pas insurmontables avec les bons partenariats et un niveau approprié d'engagement et de participation. Néanmoins si des interventions sporadiques peuvent procurer des avantages au niveau individuel, les pleins bénéfices de santé publique des programmes de circoncision ne seront obtenus que par une extension rapide.

Le Zimbabwe rédigeaient des politiques sur la question. Le Botswana et le Kenya ont déjà officiellement lancé des stratégies nationales, pendant que le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe ont dressé des plans préliminaires d'application. Au Botswana, l'objectif est de faire passer la proportion d'adultes circoncis à 80% d'ici à 2014. La plupart des pays ont intégré des stratégies de rattrapage pour atteindre d'abord les adultes, compte tenu des faibles taux de prévalence de la circoncision, mais à long terme, ils envisagent de pratiquer la circoncision sur les nouveau-nés comme méthode additionnelle. La prestation des services a commencé au Kenya, avec des projets pilotes en Afrique du Sud, au Zimbabwe et en Zambie. Les taux de manifestation indésirable demeurent faibles, à moins de 3%.

Pour mieux seconder les administrateurs des programmes, l'OMS a mis au point plusieurs outils et recommandations en 2008, en collaboration avec les pays et les partenaires d'exécution. Ces outils faciliteront la planification des programmes, l'analyse de situation, l'évaluation des coûts et de l'impact, ainsi que le suivi et l'évaluation. Elle a aussi préparé des manuels de référence technique, avec des ensembles de formation et d'assurance qualité, ainsi qu'un guide de la communication et un dossier d'information pour faciliter les activités de communication et de plaidoyer au niveau national. Un centre d'échange sur la circoncision a été lancé sur Internet, en vue de faciliter la prise de décision sur les politiques et les programmes en réunissant les données disponibles et les résultats des recherches sur la circoncision, notamment les outils et les guides cités plus haut (52).

Bien que l'on ait accompli des progrès considérables ces deux dernières années, il reste encore à lever plusieurs obstacles de taille. Il faut renforcer et accroître considérablement les

ressources humaines pour la programmation nationale, ainsi que pour la prestation des services. Il serait utile de mieux informer les administrateurs des programmes de la disponibilité du financement pour étendre les services de circoncision et de la manière d'y avoir accès. Des conseils supplémentaires sont requis pour apprendre à recruter efficacement les soignants traditionnels pour la prestation des services, s'attaquer aux obstacles socioculturels et atteindre les hommes qui vivent avec le VIH sans discrimination ni stigmatisation. Les activités futures porteront sur le renforcement de la prestation des services avec assurance qualité et la multiplication du nombre de circoncisions pratiquées.

3.4. Sécurité transfusionnelle

On recueille chaque année plus de 85 millions de dons du sang auprès de donneurs, tous types confondus¹. La disponibilité et la sécurité du sang et des produits sanguins pour les transfusions continuent d'être préoccupantes, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où demeure le risque de transmission du VIH et d'autres infections, par exemple l'hépatite B, l'hépatite C et la syphilis au cours d'une transfusion. Pour diminuer la charge du VIH due à des transfusions à risque, il faut appliquer une stratégie intégrée, avec un service de transfusion sanguine coordonné au niveau national ; mener une collecte de sang auprès de donneurs volontaires non rémunérés ; dépister les infections transmissibles par transfusion comme le VIH dans tous les dons de sang ; et dispenser une formation et un suivi appropriés aux soignants.

¹ Sur la base de données de 2007 émanant de 162 pays participant à l'enquête de l'OMS sur les indicateurs de sécurité sanguine.

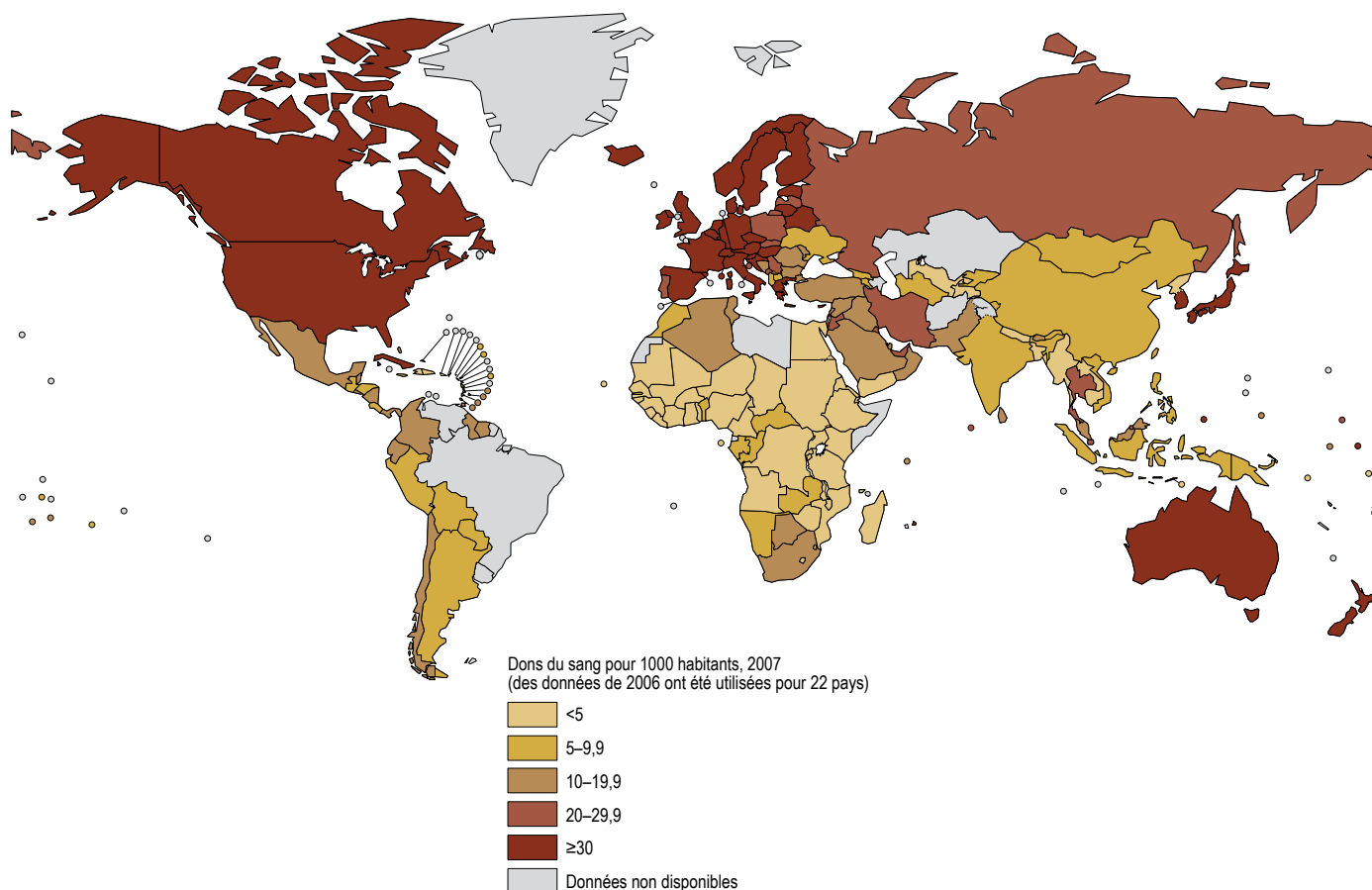
Le niveau minimal de dons requis pour qu'un pays satisfasse ses besoins les plus essentiels en sang est estimé à 1% de la population. Ces besoins sont plus élevés dans les pays qui ont des systèmes de santé plus avancés. La disponibilité de sang, mesurée par les dons pour 1000 habitants, varie beaucoup dans le monde, les niveaux les plus bas étant relevés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le taux moyen de don du sang dans les pays à revenu élevé est 16 fois plus important que dans les pays à faible revenu. Soixante-treize pays à revenu faible ou intermédiaire indiquent qu'ils ont recueilli moins de 10 dons pour 1000 habitants (figure 3.2). Les pénuries de sang conduisent non seulement à de graves conséquences sanitaires, comme les décès dus à l'hémorragie du post-partum, mais contribue aussi à un risque accru de transmission du VIH ou de l'hépatite car un stock insuffisant de produits sanguins oblige à demander des dons aux parents du patient ou à des donneurs rémunérés et incite à transfuser du sang sans l'avoir testé.

Garantir des dons du sang provenant de donneurs bénévoles et non rémunérés et tester le sang pour y dépister le VIH et d'autres infections transmissibles par transfusion avec des procédures appropriées dotées d'une assurance qualité sont autant de conditions qui minimiseront le risque d'introduire

du sang infecté dans l'approvisionnement sanguin. Bien que 57 pays indiquent qu'ils recueillent 100% de leur approvisionnement sanguin auprès de donneurs bénévoles et non rémunérés, 42 pays obtiennent moins de 25% de leur approvisionnement auprès de ces donneurs, et une quantité importante de l'approvisionnement sanguin dépend encore du remplacement par la famille ou de donneurs rémunérés. Trente et un pays rapportent qu'ils collectent encore des dons rémunérés, qui s'élèvent à plus d'un million de dons au total.

Des 162 pays qui ont renseigné sur le dépistage des infections transmissibles par transfusion (dont le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C et la syphilis), 41 ont indiqué qu'ils étaient dans l'incapacité de tester tous les dons de sang pour une ou plusieurs de ces infections. D'après les données de 121 pays, à peine 40% des dons de sang recueillis dans les pays à faible revenu sont dépistés au moyen de procédures assorties d'une assurance qualité (utilisation de procédures opérationnelles standard et participation à une évaluation externe de la qualité), contre 74% dans les pays à revenu intermédiaire et 99% dans les pays à revenu élevé. Pour 22% des dons recueillis dans 41 pays, on ignore si les procédures de base de l'assurance qualité sont suivies pour le dépistage des dons de sang.

Figure 3.2. Dons du sang pour 1000 habitants, 2007



Les comités hospitaliers de transfusion et les systèmes de notification des manifestations indésirables sont des conditions préalables pour surveiller l'utilisation sûre et rationnelle du sang et des produits sanguins. Les données transmises par 96 pays indiquent que seuls 39% des hôpitaux qui pratiquent des transfusions dans les pays à faible revenu, 62% dans les pays à revenu intermédiaire et 80% dans les pays à revenu élevé ont un comité de transfusion. De plus, 40% des hôpitaux dans les pays à faible revenu, 71% dans les pays à revenu intermédiaire et 92% dans les pays à revenu élevé comptent sur un système de notification des manifestations indésirables de la transfusion. Il est de toute évidence nécessaire de continuer à travailler pour garantir un approvisionnement sanguin sûr dans le monde entier.

3.5. Prophylaxie post-exposition

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, au travail ou au cours d'un rapport sexuel. L'OMS recommande que les établissements de santé proposent cette prophylaxie dans le cadre d'un ensemble global de mesures universelles de prévention qui réduit l'exposition des soignants aux risques infectieux en milieu professionnel. Les recommandations couvrent aussi l'exposition au VIH dans des situations non professionnelles, par exemple en cas de violence sexuelle (55).

Les pays ont été plus nombreux en 2008 qu'en 2007 à transmettre des informations sur l'établissement et la mise

Encadré 3.10. Nouvelles technologies de prévention

Prophylaxie pré-exposition

La prophylaxie pré-exposition est une stratégie expérimentale qui utilise des antirétroviraux pour prévenir l'infection à VIH. Des modèles sur les animaux ont reçu une validation de principe, et un essai achevé en Afrique de l'Ouest a montré sa sécurité (56). Les essais cliniques testant l'efficacité du ténofovir et de l'association ténofovir/emtricitabine comme agents prophylactiques pré-exposition sont en cours dans plusieurs pays de quatre continents. La plupart de ces essais utilisent une prise orale quotidienne, bien que certains testent aussi des formulations topiques et des stratégies intermittentes. Les essais d'efficacité de la prophylaxie pré-exposition orale chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en Amérique latine et chez les consommateurs de drogues injectables en Thaïlande, ainsi que l'essai d'un gel topique chez des femmes en Afrique du Sud, produiront leurs premiers résultats probablement début 2010. Si les effets sont prometteurs, il restera encore beaucoup à faire pour traduire la recherche en interventions efficaces que les systèmes de santé pourront mettre en pratique. Des recherches complémentaires seront aussi requises pour comprendre comment l'utilisation généralisée de la prophylaxie pré-exposition peut influencer les niveaux de pharmacorésistance et ses conséquences sur la compensation des effets comportementaux et sanitaires indésirables. Une consultation organisée par l'OMS en octobre 2009 examinera quelles recherches complémentaires sont essentielles et doivent être menées en priorité pour permettre à la mise en œuvre de la prophylaxie pré-exposition de progresser si les essais actuels confirment son efficacité.

Microbicides

Les microbicides sont des produits destinés à prévenir l'infection par le VIH au cours d'un rapport sexuel avec un partenaire séropositif. Les femmes peuvent les utiliser pour se protéger d'une infection par le VIH au cours d'un rapport sexuel avec un partenaire séropositif. La plupart des produits testés à ce jour sont fournis sous la forme de gels vaginaux appliqués avant le rapport, semblable aux gels spermicides, et sont destinés à tuer le VIH, à empêcher le virus d'atteindre les tissus vaginaux ou à bloquer les étapes clés dans le processus par lequel le virus s'attache aux cellules cibles.

Un seul de ces produits a montré qu'il était capable de réduire le risque d'infection par le VIH lorsqu'il a été testé dans des essais cliniques à grande échelle parmi des femmes à risque de contracter l'infection à VIH. Ce produit, PRO 2000 gel à 0,5%, a montré une réduction de 30% de l'incidence du VIH (non significative du point de vue statistique), par comparaison avec les utilisatrices d'un gel « placebo » similaire qui ne contenait pas d'ingrédient actif. L'incidence du VIH a été réduite de 3,9 infections pour 100 femmes-années à 2,7 infections pour 100 femmes-années. L'étude a révélé que le produit était sûr et bien toléré avec des effets secondaires minimes (57).

Une autre étude du même produit menée par le Programme de Développement des Microbicides devrait publier ses résultats fin 2009. Si elle confirme les conclusions de l'étude précédente, PRO 2000 sera le premier produit microbicide sûr et efficace pour prévenir l'infection à VIH chez la femme. Il faudra ensuite veiller à proposer le produit aux femmes qui en bénéficieront le plus et assurer l'enregistrement du produit et son adoption dans les pays qui connaissent une épidémie généralisée. Même un produit partiellement efficace, s'il est utilisé largement, pourrait influencer fortement l'incidence du VIH dans ces pays (58).

D'autres produits microbicides en sont au début des essais cliniques ou en cours d'évaluation préclinique. Ils sont fondés sur des agents antirétroviraux, semblables à ceux que l'on utilise pour le traitement, et visent spécifiquement différents stades du cycle de vie du VIH - attachement, entrée ou reproduction. Bien que les produits les plus avancés dans les tests cliniques soient des gels, semblables aux microbicides précédents, les nouveaux produits ont le potentiel d'être administrés par des systèmes à diffusion lente, semblables à la manière dont la contraception hormonale peut être diffusée par un anneau vaginal qui protège la femme jusqu'à trois mois. Un essai actuellement en cours en Afrique du Sud avec un gel au ténofovir devrait publier ses résultats début 2010.

Même si la recherche et le développement de microbicides donnent la priorité aux produits qui éviteront de contracter le VIH pendant les rapports vaginaux, il faut mettre au point sans délai des produits sûrs et efficaces pour réduire le risque d'infection par le VIH lors de rapports anaux. Ces produits pourraient être utilisés par les hommes et les femmes. La sécurité rectale est un élément essentiel de l'évaluation des candidats microbicides actuels, car tout produit peut être utilisé comme lubrifiant pendant un rapport anal. On peut supposer qu'un produit qui a prouvé son efficacité par voie vaginale est sûr et efficace pour un rapport anal, mais les tissus rectaux sont beaucoup plus vulnérables au VIH que les tissus vaginaux. Cela demeure un important domaine de recherche.

en œuvre de politiques de prophylaxie post-exposition. En 2008, 107 des 110 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant présenté un rapport ont déclaré qu'ils disposaient d'une politique nationale ou d'un protocole pour dispenser une prophylaxie post-exposition contre 69 des 73 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant informé sur ce thème en 2007. Des 70 pays qui ont fourni ces renseignements en 2007 et 2008, quatre pays (Burundi, Cambodge, Éthiopie et République démocratique populaire lao) n'avaient pas déclaré de politique en 2007, alors qu'ils en avaient une en 2008.

Tous les pays à revenu faible ou intermédiaire avec des politiques de prophylaxie post-exposition en 2007 et 2008 ont indiqué que ces politiques couvraient les contacts professionnels avec le VIH, par exemple les blessures causées par les aiguilles dans les établissements de santé. En 2008, 75% des pays qui ont transmis un rapport et qui ont des politiques de prophylaxie post-exposition couvraient l'exposition non professionnelle, contre 62% en 2007.

Le pourcentage d'établissements de santé assurant des services de prophylaxie post-exposition varie largement entre pays, ce qui rend difficile d'évaluer les tendances mondiales. L'adoption de politiques et de protocoles n'entraîne pas simultanément la mise en œuvre de programmes. Dans 44 pays qui ont fourni des données comparables sur la disponibilité des services de prophylaxie post-exposition dans les centres de santé, le nombre déclaré d'établissements qui proposaient cette prophylaxie est passé de 3516 en 2007 à 4150 en 2008. La prophylaxie post-exposition est plus largement disponible au niveau tertiaire du système de santé. En 2008, 92% des pays ayant transmis des données proposaient une prophylaxie post-exposition dans les hôpitaux de référence au niveau tertiaire, 80% au niveau régional ou du district et 72% dans tous les sites administrant un traitement antirétroviral, y compris le niveau communautaire.

3.6. Prévention et soins des personnes avec le VIH

Toutes les personnes qui vivent avec le VIH ont droit à la santé avec un accès aux services essentiels de prévention et de soins du VIH pour connaître leur statut sérologique, améliorer leur qualité de vie, retarder la progression de la maladie et prévenir la transmission du virus. En 2008, l'OMS a publié des recommandations soulignant un ensemble fondamental de 13 interventions à base factuelle du secteur de la santé pour les adultes et les adolescents vivant avec le VIH dans des environnements à ressources limitées, qui seront adaptées selon la charge de morbidité des pays, leur épidémiologie et les capacités de leur infrastructure (59). Ces interventions sont les suivantes :

- conseil et soutien psychosocial ;
- révélation du statut, notification au partenaire, et conseil et dépistage du partenaire ;

- prophylaxie au cotrimoxazole ;
- prévention et prise en charge de la coinfection tuberculose/VIH ;
- prévention des infections fongiques ;
- prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles et d'autres infections du système génital ;
- prévention du paludisme ;
- vaccination contre des 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.

La mise en œuvre et la promotion de ces interventions essentielles passent par une étroite collaboration entre le secteur de la santé et les communautés de personnes vivant avec le VIH. Lors d'une consultation technique organisée conjointement par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/SIDA (GNP+) et l'ONUSIDA en 2009, les participants ont convenu que les activités pour appliquer une prévention positive doivent répondre aux multiples besoins de santé et de prévention des individus vivant avec le VIH et reconnaître les liens entre la prévention, le traitement, les soins, le soutien et les droits de l'homme. Les éléments clés d'une telle approche commencent avec le leadership et l'implication des personnes vivant avec le VIH pour élargir l'accès aux interventions essentielles du secteur de la santé telles qu'elles sont définies par l'OMS, ainsi que des activités pour réduire la stigmatisation et la discrimination ; promouvoir l'égalité entre les sexes ; fournir un soutien économique et social ; et autonomiser les personnes vivant avec le VIH.

La consultation est aussi parvenue à un consensus sur l'utilisation d'une nouvelle expression, « santé, dignité et prévention positives » pour mieux décrire ce modèle intégré. Les participants ont compris que cette optique exigeait un cadre des droits de l'homme soutenu par des lois protectrices afin de garantir la non-discrimination, réduire la stigmatisation, changer les normes sexuelles préjudiciables et permettre aux personnes vivant avec le VIH de se protéger et de protéger les autres par l'autonomisation et dans la dignité.

De nombreux projets à assise communautaire illustrent cette collaboration entre le secteur de la santé et les personnes vivant avec le VIH, par exemple le projet d'éducation communautaire et d'orientation : soutenir l'observance du traitement antirétroviral et la prévention pour les personnes vivant avec le VIH en Zambie (ACER) et le projet régional de proximité pour répondre au sida par des stratégies de développement (ROADS) en Afrique centrale et orientale (encadré 3.11).

Encadré 3.11. Santé, dignité et prévention positives dans la pratique au Népal

L'Association nationale de personnes vivant avec le VIH/sida au Népal (NAP+N), en collaboration avec Family Health International Népal, soutient huit organisations à assise communautaire dirigées par des personnes vivant avec le VIH pour appliquer des programmes de prévention positive qui répondent aux besoins de prévention du VIH des personnes séropositives et de leurs partenaires, leurs familles et leurs communautés (60). Ce travail est entrepris en collaboration avec le Centre national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles au Népal, un organe gouvernemental au sein du Ministère de la santé et de la population.

Le projet inclut des mesures au niveau individuel telles que des consultations sur la révélation du statut pour les couples sérodiscordants et séroconcordants et les comportements sexuels et d'injection à moindres risques ; la promotion et la distribution du préservatif ; la valorisation de modes de vie sains et d'une pensée et d'une existence positives ; et l'aiguillage vers des services de conseil et dépistage du VIH, de soins, de soutien et de traitement.

Au niveau communautaire, les organisations participantes coordonnent les activités d'éducation et de proximité par des forums de discussion communautaires qui comprennent le soutien des pairs et la sensibilisation à la réduction de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et des activités de renforcement des capacités pour les organisations communautaires. Le programme a noté que les personnes vivant avec le VIH avaient une meilleure estime de soi et davantage de confiance et qu'elles adoptaient un comportement plus respectueux de leur santé ; elles étaient aussi plus actives dans le plaidoyer au niveau local. L'implication des personnes vivant avec le VIH dans le programme a aussi élargi l'accès aux soins, au soutien et au traitement.

Le rôle du secteur de la santé demeure crucial pour satisfaire les besoins des personnes vivant avec le VIH et leurs communautés. Il est essentiel que le secteur de la santé s'attaque à la prévention des maladies ordinaires tout en répondant aux besoins et aux droits de santé génésique de la population. Pour ce faire, les agents de santé doivent être formés aux aspects techniques de la prévention et des soins pour les personnes vivant avec le VIH et ils devraient apprendre à faire face aux incidents motivés par la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé. Dans cette expérience au Népal, le partenariat et la collaboration avec des organisations communautaires de personnes vivant avec le VIH ont représenté des mesures capitales pour aborder ces besoins de manière globale.

Références

1. Castilla J *et al.* Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005, 40:96-101.
2. Lima D, Johnston K, Hogg R. Expanded access to highly active antiretroviral therapy: a potentially powerful strategy to curb the growth of the HIV epidemic. *Journal of Infectious Diseases*, 2008, 198:59-67.
3. Granich RM *et al.* Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as an approach for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet*, 2009, 373:48-57.
4. Mathers B *et al.* Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008, 372:1733-1745.
5. WHO, UNODC and UNAIDS. *WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
6. Ball A *et al.* Evidence for action: a critical tool for guiding policies and programmes for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*, 2005, 16(Suppl. 1):S1-S6.
7. Collection « Evidence for action »: dossiers techniques et guides politiques sur le VIH/sida et les consommateurs de drogues injectables [site Internet site]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/evidence_for_action/en/index.html, consulté le 1^{er} septembre 2009).
8. Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries, Institute of Medicine. *Preventing HIV infection among injecting drug users in high risk countries: an assessment of the evidence*. Washington, DC, National Academies Press, 2006.
9. *Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting drug users and other drug users: an integrated approach*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/evidence_for_action/en/index.html, consulté le 1^{er} septembre 2009).
10. *Guide to managing and scaling up needle and syringe programmes*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
11. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
12. WHO South-East Asia Region, WHO Western Pacific Region and UNODC Regional Centre for East Asia and the Pacific. *HIV/AIDS care and treatment for people who inject drugs in Asia and the Pacific – an essential practice guide*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2008 (http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9789290613206.htm, consulté le 1^{er} septembre 2009).
13. *Management of common health problems of drug users*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2008 (http://www.searo.who.int/en/Section10/Section18/Section356_4612.htm, consulté le 1^{er} septembre 2009).
14. *Operational guidelines for the management of opioid dependence in the South-East Asia Region*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2008 (http://www.searo.who.int/en/Section10/Section18/Section356_4612.htm, consulté le 1^{er} septembre 2009).
15. WHO South-East Asia Region, WHO Western Pacific Region and UNODC Regional Centre for East Asia and the Pacific. *Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs – improving access to treatment, care and prevention*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2009 (http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9789290613985.htm, consulté le 1^{er} septembre 2009).
16. *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: application of selected human rights principles*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2009 (http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9789290614173.htm, consulté le 1^{er} septembre 2009).
17. *Résolution E/2009/L.23 du Conseil économique et social adoptée par le Conseil le 24 juillet 2009 : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)*. Genève, Nations Unies (http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=e%2F2009%2FL.23&Submit=Recherche&Lang=F, consulté le 1^{er} septembre 2009).
18. Cook C. *Harm reduction policy and practice worldwide: an overview of national support for harm reduction in policy and practice*. London, International Harm Reduction Association, 2009 (<http://www.ihra.net/Assets/1556/1/HarmReductionPoliciesandPractiveWorldwide5.pdf>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
19. Dahoma M *et al.* Respondent-driven sampling to assess HIV and hepatitis C among injection drug users in Zanzibar (Unguja), Tanzania. *The 2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting, 10-14 June 2009, Windhoek, Namibia*.
20. Holman A *et al.* HIV risk factors and injection drug use among men who have sex with men in Zanzibar (Unguja), Tanzania. *AIDS 2008 – XVII International AIDS Conference, Mexico City, Mexico, 3-8 August 2008* (Abstract THAC0206; <http://www.aids2008.org/Pag/ppt/THAC0206.ppt>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
21. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender populations: report of a technical consultation, 15-17 September 2008, Geneva, Switzerland*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/hiv/pub/marp/msm_mreport_2008.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).

22. HIV and other STIs among MSM in the European Region – report on a consultation, Bled, 26–27 May 2008. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/SHA/bled_report, consulté le 1^{er} septembre 2009).
23. Cheng MH. Asian countries urged to address HIV/AIDS in MSM. *Lancet*, 2009, 373:707.
24. Wimonasate W et al. Successful start of a preparatory HIV cohort study among men who have sex with men (MSM) in Bangkok, Thailand: preliminary baseline, follow-up and HIV incidence data. *AIDS 2008 – XVII International AIDS Conference, Mexico City, Mexico, 3–8 August 2008* (<http://www.aids2008.org/Pag/Abstracts.aspx?SID=246&AID=5514>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
25. Ruan S et al. Rising HIV prevalence among married and unmarried among men who have sex with men: Jinan, China. *AIDS and Behavior*, 2009, 13:671–676.
26. Ma X et al. Trends in prevalence of HIV, syphilis, hepatitis C, hepatitis B and sexual risk behavior among men who have sex with men: results of 3 consecutive respondent-driven sampling surveys in Beijing, 2004 through 2006. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 45:581–587.
27. Morineau G et al. Sexual risk taking, STI and HIV prevalence among men who have sex with men in six Indonesian cities. *AIDS and Behavior*, 2009 (30 juillet ; publication électronique avant impression).
28. Pan American Health Organization, World Health Organization and UNAIDS. *HIV/AIDS in the America: 2007 report – the evolving epidemic, response and challenges ahead*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2007.
29. Johnston L et al. HIV infection and risk factors among men who have sex with men in Zanzibar (Ugungu), Tanzania. *AIDS 2008 – XVII International AIDS Conference, Mexico City, Mexico, 3–8 August 2008* (http://www.aids2008-abstracts.org/aids2008_book_vol2_web.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
30. Baral S et al. HIV prevalence, risks for HIV infection, and human rights among men who have sex with men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana. *PLoS One*, 2009, 4(3):e4997.
31. Sanders EJ et al. HIV-1 infection in high risk men who have sex with men in Mombasa, Kenya. *AIDS*, 2007, 21:2513–2520.
32. Richter L et al. *The Regional Psychosocial Support Initiative for Children Affected by AIDS: report – external mid-term review*. Durban, Human Sciences Research Council, 2005 (<http://www.hsrb.ac.za/Document-3166.phtml>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
33. Sandfort TG et al. HIV testing and self-reported HIV status in South African men who have sex with men: results from a community-based survey. *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84:425–429.
34. Smith AD et al. Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 2009, 374:416–422.
35. Bozicevic I et al. Know your epidemic: HIV epidemics among men who have sex with men in 27 countries of eastern Europe. *Sexually Transmitted Infections* (sous presse).
36. Sullivan P et al. Reemergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, western Europe, and Australia, 1996–2005. *Annals of Epidemiology*, 2009, 19:423–431.
37. Manopaiboon C et al. Unexpectedly high HIV prevalence among Thai sex workers in a respondent-driven sampling survey. *2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting, 10–14 June 2009, Windhoek, Namibia*.
38. ONUSIDA, PNUD, UNESCO, FNUAP, UNICEF, UNIFEM et OMS. *Déclaration sur l'accélération des efforts de prévention du VIH dans la région africaine*. Brazzaville, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2005 (<http://www.afro.who.int/press/french/2005/pr20051102.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
39. WHO, UNODC and UNAIDS. *Effectiveness of interventions to address HIV in prison*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/evidence_for_action/en/index.html, consulté le 1^{er} septembre 2009).
40. Hoover J, Jürgens R. *Harm reduction in prison: the Moldova model*. New York, Open Society Institute, 2009.
41. Masuku VL, Ndzingane J, Dlamini M. Behind bars but free to test: providing HIV counselling and testing to prisoners in Swaziland. *2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting, 10–14 June 2009, Windhoek, Namibia*.
42. Manopaiboon C et al. Providing HIV services to prisoners in Thailand: peer outreach, voluntary counseling and testing (VCT), and linkages to care. *2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting, 10–14 June 2009, Windhoek, Namibia*.
43. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:3–17.
44. 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.
45. Bailey RC et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2007, 369:643–656.
46. Gray RH et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, 2007, 369:657–666.
47. Bailey RC et al. The protective effect of male circumcision is sustained for at least 42 months: results from the Kisumu, Kenya Trial. Oral abstract session, Abstract THAC0501. *AIDS 2008 – XVII International AIDS Conference, Mexico City, Mexico, 3–8 August 2008*.

48. Tobian AAR et al. Male circumcision for the prevention of HSV-2 and HPV infections and syphilis. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:1298-1309.
49. Sobngwi-Tambédou J et al. Effect of HSV-2 serostatus on acquisition of HIV by young men: results of a longitudinal study in Orange Farm, South Africa. *Journal of Infectious Diseases*, 2009, 199:958-964.
50. Lu et al. Factors associated with acquisition and clearance of human papillomavirus infection in a cohort of US men: a prospective study. *Journal of Infectious Diseases*, 2009, 199:362-371.
51. OMS et ONUSIDA. *Nouvelles données sur la circoncision et la prévention du VIH : conséquences sur les politiques et les programmes. Consultation technique de l'OMS et de l'ONUSIDA sur la circoncision et la prévention du VIH, Montreux, 6-8 mars 2007*. (http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/research_implications/en/index.html, consulté le 1^{er} septembre 2009).
52. Centre d'échange sur la circoncision pour la prévention du VIH [site Internet]. Durham, NC, Clearinghouse on Male Circumcision for HIV Prevention, 2009 (<http://www.malecircumcision.org>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
53. National AIDS/STD Control Programme. *National guidance for voluntary male circumcision in Kenya*. Nairobi, Ministry of Health, 2008.
54. WHO and UNAIDS. *Progress in male circumcision scale-up: country implementation update*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/meetingreport_june09/en/index.html, consulté le 1^{er} septembre 2009).
55. OMS et OIT. *Prophylaxie post-exposition pour prévenir l'infection à VIH : Recommandations conjointes OMS/OIT sur la prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir l'infection à VIH*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/PEP/en/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
56. Peterson L et al. Tenofovir disoproxil fumarate for prevention of HIV infection in women: a phase 2, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *PLoS Clinical Trials*, 2007, 2:e27.
57. Karim SA et al. Safety and effectiveness of vaginal microbicides BufferGel and 0.5% PRO 2000/5 Gel for the prevention of HIV infection in women: results of the HPTN 035 Trial. *16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Montreal, Canada, 8-11 February 2009* (<http://www.retroconference.org/2009/Abstracts/36659.htm>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
58. Watts C et al. *Identifying optimal strategies for microbicide distribution in India and South Africa: modelling and cost-effectiveness analyses*. Silver Spring, MD, International Partnership for Microbicides, 2008 ([http://www.ipm-microbicides.org/pdfs/english/ipm_publications/2008/IPM_PolicyReport\(English\).pdf](http://www.ipm-microbicides.org/pdfs/english/ipm_publications/2008/IPM_PolicyReport(English).pdf), consulté le 1^{er} septembre 2009).
59. *Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/EP/en/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
60. Sherchan S. Practices and lessons learnt on positive prevention: designing and implementing positive prevention programs in Nepal. *International Technical Consultation on Positive Prevention, Tunisia, 28 April 2009* (http://www.gnpplus.net/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,308/Itemid,53, consulté le 1^{er} septembre 2009).

4. TRAITEMENT ET SOINS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Principales conclusions

- Fin 2008, plus de 4 millions [3 700 000–4 360 000] d'adultes et d'enfants suivaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, soit plus d'un million de personnes supplémentaires par rapport à fin 2007. Cela représente une augmentation de 36% en une année, et une multiplication par dix sur cinq ans. L'accroissement le plus marqué du nombre de patients sous traitement en 2008 a été enregistré en Afrique subsaharienne, la région qui connaît les besoins les plus importants.
- En dépit des progrès, la couverture du traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire s'est établie à 42% [40–47%] des 9,5 millions [8 600 000 – 10 000 000] de personnes qui en avaient besoin fin 2008, contre 33% [30–36%] fin 2007.
- Davantage de pays ont fourni des données nationales sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral. Les données montrent que l'attrition au traitement se produit principalement pendant la première année de traitement. La rétention se stabilise par la suite. En Afrique subsaharienne, la rétention des patients placés sous traitement antirétroviral était estimée à 75% 12 mois après le début du traitement, et à 67% après 24 mois, ce qui correspond aux chiffres obtenus par les études de cohortes. Néanmoins, le statut sérologique de nombreuses personnes vivant avec le VIH continue d'être diagnostiqué tardivement, ce qui empêche l'initiation précoce du traitement antirétroviral, quand l'impact sur la survie serait le plus fort.
- La mise en œuvre de plusieurs éléments de la stratégie mondiale de l'OMS de prévention et d'évaluation de la pharmacorésistance du VIH s'est élargie en 2008. D'après des enquêtes menées par neuf pays dans les zones géographiques où le traitement antirétroviral a été administré initialement dans le pays, la transmission de résistance pour tous les médicaments et classes médicamenteuses était inférieure à 5%.
- La grande majorité des adultes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire suivent des schémas de première intention, et seuls 2% d'entre eux des schémas de deuxième intention. Les données indiquent également que la majorité des programmes nationaux de prise en charge du VIH respectent les recommandations de l'OMS en matière de traitement.
- Le prix moyen pondéré par personne et par an des quatre associations les plus largement utilisées dans le traitement de première intention était de 143 US\$personne et par an dans les pays à faible revenu, 162 US\$ dans les pays à revenu moyen inférieur et 161 US\$ dans les pays à revenu moyen supérieur. Le prix de la plupart des schémas de première intention a diminué de 30–68% de 2004 à 2008 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les schémas de deuxième intention continuent d'être plus onéreux.
- Plus de pays renseignent sur les interventions menées en collaboration contre la double épidémie de VIH et de tuberculose, même si plus d'efforts sont nécessaires pour une analyse mondiale complète. Près de 16% des patients tuberculeux déclarés connaissent leur statut sérologique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ayant présenté des données en 2007, avec l'évidence d'un accroissement de ce taux dans de nombreux pays à forte charge. La couverture du traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose demeure faible. La mise en œuvre de la méthode dite des « trois I » (intensification de la recherche de cas de tuberculose parmi les patients séropositifs, thérapie préventive à l'isoniazide et lutte contre l'infection tuberculeuse) a accompli quelques progrès, mais les données sont incomplètes et l'engagement politique demeure insuffisant pour accélérer l'expansion de ces interventions.

Depuis 2003, la dynamique internationale suscitée par l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a continué de soutenir les activités entreprises pour élargir l'accès au traitement antirétroviral des personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Avec une approche de santé publique du traitement caractérisée par une simplification et une standardisation des décisions cliniques, des schémas thérapeutiques et des systèmes de suivi de l'état de santé des patients sous traitement antirétroviral, les pays à ressources limitées ont pu assurer un traitement antirétroviral à un nombre croissant des personnes qui en ont besoin. Ainsi, fin 2008, plus de 4 millions de patients suivaient un traitement antirétroviral et les données disponibles vont dans le sens d'une rétention des patients sous traitement et de meilleurs résultats sanitaires.

Néanmoins, l'accès actuel aux services de traitement dans le monde est nettement inférieur aux besoins, ce qui soulève des questions concernant la viabilité de ces programmes dans les prochaines années, en particulier compte tenu du ralentissement économique mondial actuel. De plus, alors que le nombre de patients participant aux programmes de traitement continue d'augmenter, plusieurs défis apparaissent. L'infection est diagnostiquée à un stade tardif, ce qui retarde l'accès au traitement et provoque des taux élevés de mortalité dans les premiers mois suivant le début du traitement. En outre, le prix des schémas thérapeutiques de deuxième intention demeure onéreux. Les services de traitement sont souvent répartis inégalement entre les zones urbaines et rurales ; ils sont parfois indisponibles pour certains groupes de population, comme les consommateurs de drogues injectables, ou dans des environnements particuliers, tels que les prisons. L'extension des programmes de traitement doit aller de pair avec l'accès élargi aux services de conseil et dépistage du VIH, et des services de qualité, alliés à de meilleurs systèmes de suivi des patients, sont nécessaires pour améliorer les taux de rétention.

La double épidémie de tuberculose et de VIH demeure un facteur majeur de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, spécialement en Afrique subsaharienne, ce qui sape les activités pour prévenir et contrôler le VIH. Malgré une évidence quant aux progrès des interventions en collaboration et une amélioration de la capacité de rapportage des programmes nationaux de VIH sur ces progrès, il faut redoubler d'efforts pour parvenir à un accès universel aux services de dépistage, de traitement et de soins du VIH, tout en intensifiant la recherche des cas de tuberculose, la thérapie préventive à l'isoniazide et la lutte contre l'infection tuberculeuse (les « trois I »).

De surcroît, la coinfection avec l'hépatite virale, en particulier l'hépatite B et l'hépatite C, est un obstacle croissant dans les pays avec une épidémie concentrée de VIH, notamment chez les consommateurs de drogues injectables. L'hépatite virale latente devient une cause majeure de décès chez les personnes infectées par le VIH et l'hépatite virale qui sont traitées avec des médicaments contre le VIH. Des pathologies malignes autres que les pathologies classiques associées au sida, sarcome de Kaposi, lymphomes non hodgkiniens et cancer du col de l'utérus, sont des causes

émergentes de morbidité et de mortalité chez les patients qui survivent plus longtemps grâce à l'accès au traitement antirétroviral. Comme pour la coinfection VIH/tuberculose, une approche intégrée et collaborative est nécessaire pour diagnostiquer, traiter et prévenir ces pathologies dans les populations touchées.

4.1. Traitement antirétroviral

4.1.1. Progrès mondiaux, régionaux et nationaux dans l'accès au traitement antirétroviral

Quand l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a été lancée en 2003, environ 400 000 personnes suivaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (1). Depuis, l'engagement politique et les efforts de multiples acteurs ont abouti à une augmentation massive du nombre de patients sous traitement antirétroviral.

Fin 2008, l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA estiment que 4 030 000 personnes [3 700 000–4 360 000] suivaient un traitement antirétroviral, soit plus d'un million de personnes supplémentaires par rapport à fin 2007 (tableau 4.1). Cela représente une progression de 36% en un an et une multiplication par dix en cinq ans (figure 4.1). Il est important de noter que ce chiffre d'un million de personnes en plus qui bénéficiaient d'un traitement antirétroviral fin 2008 est inférieur au nombre exact de patients qui ont commencé le traitement pendant l'année en raison de l'attrition (voir section 4.1.5 et encadré 4.4). Le nombre total de personnes qui ont initié un traitement antirétroviral en 2008 n'a pas été communiqué par les pays.

La plus forte hausse du nombre de patients soignés en 2008 a été enregistrée en Afrique subsaharienne, la région qui connaît les plus forts besoins. Fin 2008, près de 2 925 000 [2 690 000–3 160 000] patients étaient sous traitement antirétroviral dans cette région contre 2 100 000 [1 905 000–2 295 000] en 2007. Cela représente une augmentation régionale de 39% en un an et une multiplication par 30 depuis la fin de 2003.

Les progrès ont été sensiblement plus élevés en Afrique orientale et australe, avec 2 395 000 [2 205 000–2 585 000] patients sous traitement antirétroviral fin 2008, ce qui représente une augmentation de 43% en un an, qu'en Afrique centrale et de l'Ouest (530 000 patients sous traitement antirétroviral, avec une hausse de 26%). Des 20 pays à revenu faible ou intermédiaire qui abritaient le plus grand nombre de patients sous traitement antirétroviral fin 2008 (représentant 83% du total), 15 se trouvent en Afrique subsaharienne, dont 12 en Afrique orientale et australe (tableau 4.2).

En décembre 2008, près de 445 000 [405 000–485 000] personnes suivaient un traitement antirétroviral en Amérique latine et aux Caraïbes. L'accroissement du nombre de patients sous traitement (14%) est moins important que dans d'autres régions. Beaucoup de grands pays de cette sous-région ayant déjà atteint des niveaux élevés de couverture, la possibilité d'une augmentation marquée en une année est plus limitée que pour d'autres

Tableau 4.1. Estimation du nombre d'adultes et d'enfants [chiffres cumulés] 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 2008^a

Région géographique	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2008 [fourchette]	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2008, [fourchette] ^a	Couverture du traitement antirétroviral, décembre 2008 [fourchette] ^b	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2007 [fourchette]	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2007 [fourchette] ^a	Couverture du traitement antirétroviral, décembre 2007 [fourchette] ^b	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2003 [fourchette]
Afrique subsaharienne	2 925 000 [2 690 000-3 160 000]	6 700 000 [6 100 000-7 100 000]	44% [41-48%]	2 100 000 [1 905 000-2 295 000]	6 400 000 [5 900 000-7 000 000]	33% [30-36%]	100 000 [75 000-125 000]
Afrique orientale et australe	2 395 000 [2 205 000-2 585 000]	5 000 000 [4 500 000-5 300 000]	48% [45-53%]	1 680 000 [1 550 000-1 810 000]	4 700 000 [4 300 000-5 200 000]	36% [33-39%]	75 000 [56 000-94 000]
Afrique centrale et de l'Ouest	530 000 [485 000-575 000]	1 800 000 [1 500 000-1 900 000]	30% [28-34%]	420 000 [360 000-480 000]	1 700 000 [1 500 000-1 900 000]	25% [22-28%]	25 000 [19 000-31 000]
Amérique latine et Caraïbes	445 000 [405 000-485 000]	820 000 [750 000-870 000]	54% [51-60%]	390 000 [350 000-430 000]	770 000 [700 000-820 000]	50% [47-55%]	210 000 [160 000-260 000]
Amérique latine	405 000 [370 000-440 000]	740 000 [680 000-790 000]	55% [52-60%]	360 000 [320 000-400 000]	700 000 [640 000-750 000]	51% [47-56%]	206 000 [156 000-255 000]
Caraïbes	40 000 [35 000-45 000]	75 000 [66 000-83 000]	51% [46-59%]	30 000 [25 000-35 000]	70 000 [61 000-80 000]	43% [37-49%]	4 000 [3 000-5 000]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	565 000 [520 000-610 000]	1 500 000 [1 200 000-1 900 000]	37% [31-47%]	420 000 [375 000-465 000]	1 500 000 [1 100 000-1 800 000]	29% [23-37%]	70 000 [52 000-88 000]
Europe et Asie centrale	85 000 [80 000-90 000]	370 000 [310 000-450 000]	23% [19-27%]	54 000 [51 000-57 000]	340 000 [280 000-410 000]	16% [13-19%]	15 000 [11 000-19 000]
Afrique du Nord et Moyen-Orient	10 000 [9 000-11 000]	68 000 [52 000-90 000]	14% [11-19%]	7 000 [6 000-8 000]	63 000 [48 000-86 000]	11% [8-14%]	1 000 [750-1 250]
Total	4 030 000 [3 700 000-4 360 000]	9 500 000 [8 600 000-10 000 000]	42% [40-47%]	2 970 000 [2 680 000-3 260 000]	9 000 000 [8 200 000-9 900 000]	33% [30-36%]	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. Voir encadré 4.2 sur l'estimation des besoins de traitement pour une interprétation des données sur les besoins et la couverture du traitement antirétroviral en 2007 et 2008.

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

Figure 4.1. Nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, par région, 2002-2008

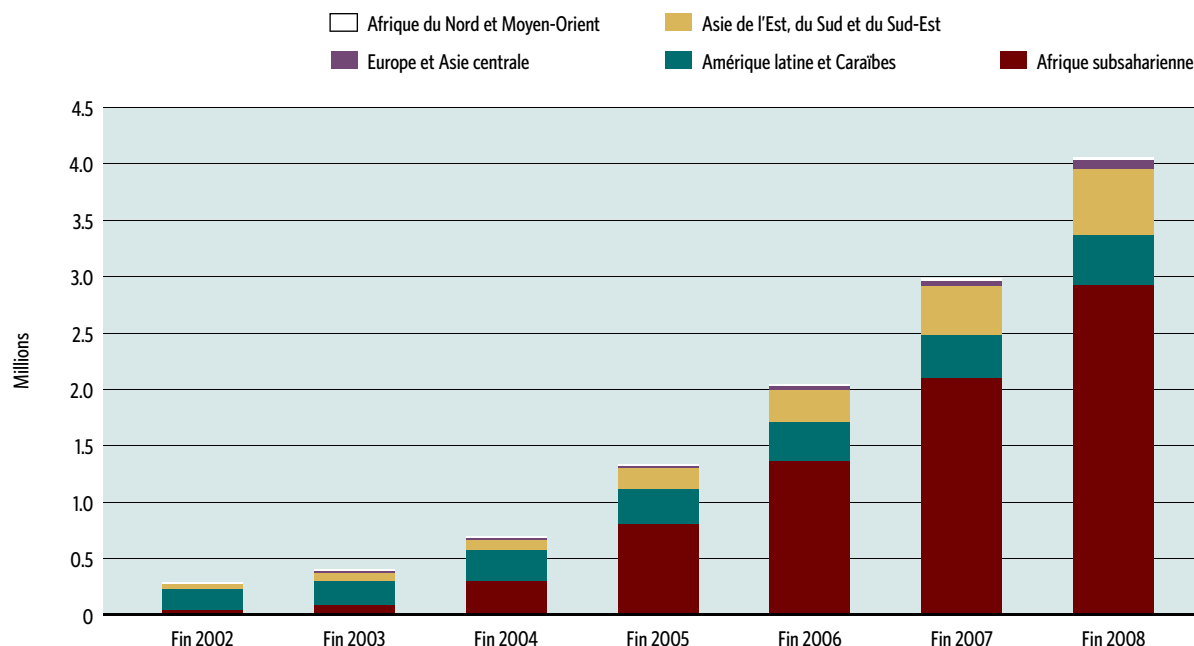


Tableau 4.2. Les vingt pays à revenu faible ou intermédiaire qui abritaient le plus grand nombre de patients sous traitement antirétroviral en décembre 2008, progrès entre 2007 et 2008 dans ces pays et proportion par rapport au nombre total de patients sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2008

Pays	Région géographique	Nombre de patients sous traitement antirétroviral en décembre 2007	Nombre de patients sous traitement antirétroviral en décembre 2008	Pourcentage du total, 2008	% d'augmentation 2007-2008
Afrique du Sud	Afrique subsaharienne	458 951	700 500	17%	53%
Kenya	Afrique subsaharienne	177 000	242 881	6%	37%
Nigéria	Afrique subsaharienne	197 694	238 659	6%	21%
Inde	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	158 020	234 237	6%	48%
Zambie	Afrique subsaharienne	151 199	225 634	6%	49%
Brésil	Amérique latine et Caraïbes	181 000	190 101	5%	5%
Thaïlande	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	152 974	179 557	4%	17%
Ouganda	Afrique subsaharienne	115 348	164 341	4%	42%
République-Unie de Tanzanie	Afrique subsaharienne	135 696	154 468	4%	14%
Zimbabwe	Afrique subsaharienne	97 692	147 804	4%	51%
Malawi	Afrique subsaharienne	100 649	146 657	4%	46%
Éthiopie	Afrique subsaharienne	90 212	132 379	3%	47%
Mozambique	Afrique subsaharienne	89 592	128 330	3%	43%
Botswana	Afrique subsaharienne	92 932	117 045	3%	26%
Rwanda	Afrique subsaharienne	48 569	63 149	2%	30%
Cameroun	Afrique subsaharienne	45 817	59 960	1%	31%
Namibie	Afrique subsaharienne	52 316	59 376	1%	13%
Mexique	Amérique latine et Caraïbes	43 051	55 000	1%	28%
Fédération de Russie	Europe et Asie centrale	31 094	54 900	1%	77%
Côte d'Ivoire	Afrique subsaharienne	38 221 ^a	51 833	1%	36%

^a Ce chiffre diffère de celui qui a été publié dans le rapport de situation 2008 (2) car les données rapportées étaient cumulées et ne représentaient pas le nombre de patients suivant un traitement antirétroviral fin 2007.

régions. Dans la sous-région des Caraïbes, 33% de patients supplémentaires par rapport à 2007 étaient sous traitement fin 2008, soit 40 000 [35 000-45 000] personnes.

En Europe et Asie centrale, 85 000 [80 000-90 000] personnes suivaient un traitement antirétroviral fin 2008, contre 54 000 [51 000-57 000] fin 2007. Entre 2007 et 2008, 57% de personnes supplémentaires ont commencé un traitement antirétroviral dans cette région. L'Europe et l'Asie centrale ont enregistré le plus fort pourcentage de hausse dans le monde, même si les besoins de traitement antirétroviral n'y sont pas aussi élevés que dans d'autres régions.

En Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, on estimait à 565 000 [520 000-610 000] le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral fin 2008. Cela représente une augmentation régionale de 35% en un an et une multiplication par huit des 70 000 [52 000-88 000] patients traités fin 2003.

En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, 10 000 [9 000-11 000] personnes avaient accès au traitement antirétroviral en 2008, contre 7000 [6000-8000] en 2007, une hausse de 43%.

En 2008, les pays à revenu élevé ont été plus nombreux à communiquer des renseignements sur le nombre de patients sous traitement antirétroviral qu'en 2007. Néanmoins, certains de ces pays ne disposent pas de données récentes,

notamment en Amérique du Nord où les États-Unis d'Amérique n'ont pas transmis de chiffres depuis 2003. On estime que le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu élevé est d'au moins

Encadré 4.1. 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: les deux principaux bailleurs de fonds des programmes de traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Les deux principales sources de financement des programmes de traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont 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. Fin 2008, les programmes soutenus par le Fonds mondial assuraient un traitement à 2,0 millions de personnes (3), alors que les programmes financés par le Plan d'urgence permettaient de soigner 2,1 millions de patients (4). Comme environ 1,15 million de personnes suivaient un traitement dans le cadre de programmes financés conjointement par les deux initiatives, fin 2008, celles-ci venaient donc en aide à près de 2,95 millions de personnes.

695 000 (tableau 4.3). Dans le monde, fin 2008, le nombre total de personnes ayant accès au traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et dans les pays à revenu élevé est évalué à plus de 4,7 millions.

Tableau 4.3. Estimation du nombre de patients sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu élevé fin 2008

Europe	382 000
Asie, Océanie et Moyen-Orient	13 500
Amérique du Nord et Caraïbes	300 000
Total	695 500

4.1.2. Couverture du traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Fin 2008, la couverture du traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire atteignait 42% [40-47%] des 9,5 millions [8,7 millions-10,0 millions] de personnes qui en avaient besoin (l'encadré 4.2 explique les récentes révisions de l'estimation des besoins en traitement). En 2007, la couverture était de 33% [30-36%].

En Afrique subsaharienne, la couverture du traitement antirétroviral s'établissait à 44% [41-48%] en 2008, contre 33% [30-36%] en 2007¹. Les écarts de couverture entre sous-régions se creusent : 48% [45-53%] des personnes en ayant besoin avaient accès au traitement antirétroviral

en Afrique orientale et australe, contre 30% [28-34%] en Afrique centrale et de l'Ouest. L'Afrique subsaharienne représente 70% des besoins estimés de traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et 73% du nombre total de personnes qui suivaient un traitement en 2008.

En 2008, la couverture régionale en Amérique latine et aux Caraïbes était de 54% [51-60%], contre 50% [47-55%] en 2007. En Amérique latine, la couverture atteignait 55% [52-60%], le taux le plus élevé pour tout groupe de pays à revenu faible ou intermédiaire. La couverture dans les Caraïbes était de 51% [46-59%]. L'Amérique latine et les Caraïbes ne représentent que 8% des besoins estimés de traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, mais 11% du nombre total de patients sous traitement fin 2008.

Dans la région d'Europe et de l'Asie centrale, la couverture du traitement antirétroviral était de 23% [19-27%] fin 2008, alors qu'elle s'établissait à 16% [13-19%] en 2007. Cette région représente 4% des besoins totaux estimés dans le monde et près de 2% des patients sous traitement.

En Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, la couverture du traitement antirétroviral atteignait 37% [31-47%] en 2008, contre 29% [23-37%] en 2007. Cette région représente 16% des besoins en traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et 14% du nombre total de patients sous traitement fin 2008.

La couverture en Afrique du Nord et au Moyen-Orient est passée de 11% [8-14%] en 2007 à 14% [11-19%] en 2008.

¹ Les estimations de 2007 présentées ici ont été actualisées en fonction des besoins révisés de traitement. Elles diffèrent donc légèrement des estimations publiées dans le rapport de situation 2008 (2).

Encadré 4.2. Estimer les besoins de traitement antirétroviral et la couverture chez l'adulte

La couverture du traitement antirétroviral mesure la proportion 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 ou d'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 (5). Estimer le nombre de personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral soulève des questions sur les définitions et les mesures, qui influencent à leur tour les estimations de la couverture.

Conformément aux recommandations du Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections, l'ONUSIDA et l'OMS ont mis au point 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 (5). Les estimations nationales du VIH sont utilisées comme base pour calculer le nombre de personnes ayant besoin du traitement. Cela inclut toutes les personnes qui réunissent les critères d'initiation du traitement, qu'elles connaissent ou non leur statut sérologique et leur éligibilité à commencer le traitement antirétroviral.

Les besoins en traitement sont évalués au moyen d'un logiciel appelé Spectrum (6,7). Cet instrument tient compte des données épidémiologiques nationales et de certaines hypothèses majeures, notamment la prévalence chez l'adulte au cours du temps, la survie moyenne des personnes vivant avec le VIH avec et sans traitement antirétroviral et le délai moyen entre la séroconversion et le moment où le traitement antirétroviral est indiqué. De plus, le nombre de personnes suivant un traitement est pris en compte pour produire une estimation des besoins en traitement.

Définition de l'indication du traitement antirétroviral

Actuellement, l'OMS recommande que les adultes vivant avec le VIH dans des environnements à ressources limitées commencent le traitement antirétroviral quand l'infection a été confirmée et qu'ils présentent des signes d'un stade clinique avancé (stade IV de l'infection à VIH, quelle que soit la numération des CD4, et stade III avec une numération des CD4 inférieure à 350 cellules par mm³) ou lorsque des analyses de laboratoire confirmant une grave immunosuppression (numération des CD4 inférieure à 200 par mm³, quel que soit le stade de la maladie) (8).

Méthodes d'estimation

Les estimations nationales des besoins en traitement sont la somme des besoins estimés chez les adultes et les enfants âgés de moins de 15 ans. L'ONUSDA et l'OMS utilisent le logiciel Spectrum pour calculer le nombre total d'adultes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral en additionnant le nombre d'adultes ayant besoin pour la première fois d'un traitement antirétroviral dans une année donnée au nombre de ceux qui suivaient déjà le traitement l'année précédente et ont survécu jusqu'à l'année en cours, plus ceux qui avaient besoin d'un traitement l'année précédente et sont encore en vie, mais n'ont pas encore commencé le traitement (le chapitre 5 aborde les méthodes utilisées pour estimer le nombre d'enfants qui ont besoin d'un traitement antirétroviral).

Plusieurs facteurs influencent donc les estimations des besoins en traitement. Les estimations nationales et les estimations régionales et mondiales correspondantes des besoins en traitement antirétroviral sont mises à jour tous les deux ans sur la base des informations épidémiologiques les plus récentes et avec des méthodes d'estimation actualisées. En 2009, les facteurs qui ont exercé la plus forte influence sur les estimations du traitement ont été les changements dans l'estimation de la prévalence du VIH dans plusieurs pays et les hypothèses actualisées sur la progression entre la séroconversion et l'indication du traitement antirétroviral.

Changements dans la prévalence du VIH

Pour plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne, les nouvelles données recueillies par des enquêtes ou la surveillance indiquent une prévalence du VIH plus faible que les estimations figurant dans les rapports en 2007-2008, notamment pour des pays qui ont récemment montré qu'ils avaient fait reculer la prévalence du VIH, comme l'Afrique du Sud, l'Éthiopie, le Lesotho, le Mali, la Namibie, le Niger, la République centrafricaine, le Soudan et la Zambie. Des changements moins substantiels ont aussi été introduits dans les estimations de la prévalence du virus pour d'autres régions ; ils se sont soldés par une hausse des estimations dans certains pays et une diminution dans d'autres.

Deuxièmement, pour les pays qui connaissent une épidémie généralisée, le modèle d'estimation utilisé en 2009 a tenu compte de l'évolution sur une période donnée du pourcentage de la population vivant dans des zones urbaines, alors que les précédents modèles avaient appliqué le pourcentage de l'année actuelle à toutes les années antérieures. Puisque la prévalence du VIH est normalement plus élevée dans les zones urbaines et que la plupart des pays avaient un pourcentage plus faible de population vivant dans les zones urbaines au début de l'épidémie de sida, ces facteurs ont abouti à des estimations légèrement plus faibles de la prévalence nationale du VIH pour les premières années de l'épidémie. Pour les pays avec des épidémies relativement récentes, ce changement s'est traduit par une estimation un peu inférieure du nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont besoin d'un traitement antirétroviral.

Changements dans la progression de l'indication du traitement antirétroviral

Les courbes de progression qui représentent le délai estimé entre l'infection par le VIH et le moment où le traitement devient indiqué et entre l'indication du traitement et le décès en l'absence de traitement ont été modifiées en tenant compte de nouvelles analyses des données des cohortes sur la durée médiane entre le moment de l'infection et l'indication du traitement, et du délai standardisé par âge entre l'infection et le décès lié au sida (9,10). Cela a abouti à une progression moyenne légèrement plus lente de l'infection jusqu'à l'indication du traitement par rapport à celle appliquée précédemment. Sur la base des données les plus récentes, la durée médiane entre l'infection par le VIH et ces critères d'indication est estimée à 8,2 années pour les hommes (contre 7,5 dans les modèles de 2007) et 8,6 années pour les femmes (contre 8,5 années dans les modèles de 2007). Dans des pays où le sous-type E du VIH est prédominant (certains pays de l'Asie du Sud-Est), la durée médiane de progression est estimée respectivement à 5,8 années pour les hommes et 6,6 années pour les femmes.

Les évaluations des besoins en traitement évoluent avec le changement de ces paramètres. En 2008, on estimait que 9,5 millions [8,6 millions-10,0 millions] de personnes avaient besoin d'un traitement antirétroviral. En tenant compte des nouvelles données disponibles et si l'on applique les nouvelles révisions au modèle d'estimation, 9,0 millions [8,2 millions-9,9 millions] de personnes auraient eu besoin d'un traitement antirétroviral en 2007 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire au lieu de 9,7 millions [8,7 millions-11,0 millions] publié l'an dernier (2). Sur la base de ces nouvelles estimations, la couverture totale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2007 était de 33% [30-36%] au lieu de 31% [27-34%] publié précédemment.

Fin 2009, l'OMS tiendra compte des plus récentes conclusions des études épidémiologiques pour réviser ses directives de traitement pour les adultes, notamment les données qui vont dans le sens de seuils plus précoces pour débiter le traitement. En fonction de ces révisions, les effets sur les estimations des besoins en traitement chez l'adulte pourraient être substantiels, allant peut-être jusqu'à doubler les estimations actuelles. Le taux de la couverture nationale serait affecté à la baisse. Puisque ces recommandations sont en cours de révision, le présent rapport ne publie pas d'estimations nationales des besoins et de la couverture. L'analyse se centre seulement sur les tendances de la couverture totale et régionale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

4.1.3. Accès des femmes et des enfants au traitement antirétroviral

Près de 275 700 enfants âgés de moins de 15 ans suivaient un traitement antirétroviral fin 2008, contre 198 000 fin 2007, soit une augmentation de 39% en un an (le chapitre 5 analyse en détail le traitement des enfants). Dans l'ensemble, les enfants représentent 6,8% des personnes sous traitement antirétroviral, avec des différences régionales allant de 3,5% en Amérique latine à 8,1% en Afrique orientale et australe.

Des 730 000 [580 000-880 000] enfants qui avaient besoin du traitement antirétroviral dans l'ensemble des pays à revenu faible ou intermédiaire, 38% [31-47%] y avaient accès, contre 43% pour les adultes [39-46%]. En Amérique latine et aux Caraïbes, en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, et aussi en Europe et Asie centrale, la couverture est plus élevée pour l'enfant que pour l'adulte (tableau 4.4).

Les données désagrégées par sexe sur le nombre d'adultes (âgés de plus de 15 ans) qui suivaient un traitement

Tableau 4.4. Nombre d'adultes et d'enfants âgés de moins de 15 ans suivant un traitement antirétroviral et estimation des besoins et de la couverture du traitement antirétroviral chez l'adulte et l'enfant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire par région, décembre 2008^a

Région géographique	Nombre déclaré d'adultes (âgés de 15 ans et plus) sous traitement antirétroviral, décembre 2008	Estimation du nombre d'adultes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2008 [fourchette] ^a	Couverture du traitement antirétroviral chez les adultes, décembre 2008 [fourchette] ^b	Nombre déclaré d'enfants (0-14 ans) sous traitement antirétroviral, décembre 2008	Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2008 [fourchette] ^a	Couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, décembre 2008 [fourchette] ^b
Afrique subsaharienne	2 700 000	6 100 000 [5 700 000-6 500 000]	44% [41-47%]	224 900	640 000 [500 000-770 000]	35% [29-45%]
Afrique orientale et australe	2 200 000	4 500 000 [4 200 000-4 900 000]	49% [45-52%]	195 100	440 000 [340 000-540 000]	44% [36-57%]
Afrique centrale et de l'Ouest	500 000	1 600 000 [1 400 000-1 700 000]	32% [29-35%]	29 800	200 000 [140 000-260 000]	15% [11-22%]
Amérique latine et Caraïbes	429 000	800 000 [730 000-850 000]	54% [51-59%]	16 100	21 000 [18 000-25 000]	76% [65-91%]
Amérique latine	393 000	730 000 [660 000-770 000]	54% [51-59%]	13 700	17 000 [14 000-20 000]	82% [70-95%]
Caraïbes	36 000	70 000 [63 000-79 000]	51% [46-57%]	2 500	4 600 [3 400-5 800]	55% [43-72%]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	537 000	1 500 000 [1 200 000-1 800 000]	36% [30-46%]	30 000	58 000 [41 000-78 000]	52% [38-73%]
Europe et Asie centrale	80 000	370 000 [310 000-440 000]	22% [18-26%]	4 200	4 900 [2 700-7 500]	85% [56-95%]
Afrique du Nord et Moyen-Orient	9 400	62 000 [49 000-83 000]	15% [11-19%]	400	6 700 [3 400-11 000]	6% [4-12%]
Total	3 755 000	8 800 000 [8 100 000-9 500 000]	43% [39-46%]	275 700	730 000 [580 000-880 000]	38% [31-47%]

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

antirétroviral sont disponibles pour 90 pays à revenu faible ou intermédiaire, qui représentaient 80% des 3,76 millions d'adultes sous traitement en 2008¹. Les données montrent que, dans l'ensemble de ces pays, les femmes adultes bénéficient d'un léger avantage par rapport aux hommes adultes pour l'accès au traitement antirétroviral. Fin 2008, près de 45% des femmes et 37% des hommes qui en avaient besoin recevaient un traitement antirétroviral. Près de 60% des adultes sous traitement antirétroviral dans les pays ayant transmis des données étaient des femmes, alors qu'elles représentaient 55% des personnes en ayant besoin.

Ces chiffres globaux cachent des différences régionales. En Afrique subsaharienne, les femmes sont avantagées par rapport aux hommes : dans 35 pays qui rapportent des données ventilées, les femmes représentaient 64% des adultes sous traitement antirétroviral, alors qu'elles comptaient pour 60% des adultes qui en avaient besoin. En revanche, les hommes sont avantagés en Afrique du Nord et au Moyen-Orient (huit pays) : 48% et 55%. Dans les trois autres régions, l'accès au traitement antirétroviral est équitablement réparti entre hommes et femmes : en

Amérique latine et aux Caraïbes (neuf pays ont transmis des données désagrégées), 33% des personnes sous traitement étaient des femmes, alors qu'elles représentent 33% des personnes qui ont besoin d'un traitement ; en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (18 pays), les deux chiffres étaient 39% ; en Europe et Asie centrale (19 pays), ces taux étaient de 43% et 42% respectivement. On trouvera à l'annexe 2 des données spécifiques aux pays sur les patients sous traitement antirétroviral par âge et sexe.

4.1.4. Disponibilité du traitement antirétroviral

Le nombre et la répartition des centres de santé qui assurent un traitement antirétroviral sont des indicateurs clés de l'extension d'un programme national de traitement et d'un accès élargi aux services de traitement. En 2008, 115 pays à revenu faible ou intermédiaire ont indiqué que 12 400 centres de santé dispensaient un traitement antirétroviral ; 74% étaient dans le secteur public et 11% dans le secteur privé (15% sans précision).

Quatre-vingt-un pays ont fourni des données à la fois pour 2007 et 2008. Dans ces pays, le nombre rapporté de centres assurant un traitement antirétroviral est passé de 6820 à 9200, soit une hausse de 35% en un an. Le nombre de centres a augmenté de 51% en Afrique subsaharienne (il est passé de 3820 à 5770 dans 40 pays) ; de 20% en Amérique latine et aux Caraïbes (de 1010 à 1220 dans 16 pays) ; de 40% en Afrique du Nord et au Moyen-Orient (de 63 à 88 dans neuf

¹ Certains de ces pays ont fourni des données désagrégées seulement pour une proportion des adultes sous traitement antirétroviral dans le pays, alors que d'autres pays n'ont transmis que des données désagrégées pour tous les âges combinés. Pour les pays dont les données sont incomplètes, les données du traitement pour les adultes ventilées par sexe ont été obtenues en appliquant le ratio homme/femme des données disponibles à l'ensemble des adultes rapportés sous traitement.

Encadré 4.3 – Décentraliser les services de traitement antirétroviral au Cameroun (12)

Le Cameroun a lancé son programme de traitement antirétroviral en 2001 en assurant des services dans les principaux hôpitaux de référence du niveau tertiaire. Le programme a ensuite été décentralisé vers les hôpitaux de district en 2005. Dès 2007, le traitement antirétroviral a été dispensé gratuitement dans le secteur public et, à compter de juin 2008, les services de traitement étaient disponibles dans 106 des 174 districts, avec 5238 patients sous traitement antirétroviral.

De septembre 2006 à avril 2007, l'Agence nationale française de recherches sur le sida et les hépatites virales a mené une évaluation dans 27 hôpitaux proposant un traitement antirétroviral dans le but de documenter l'expérience de la décentralisation des services dans les hôpitaux de district et son impact sur l'efficacité du traitement et la qualité de la vie des patients sous traitement antirétroviral.

L'évaluation a constaté que 71% des patients sous traitement antirétroviral étaient des femmes et près des trois quarts vivaient sous le seuil de pauvreté. Les personnes inscrites dans les hôpitaux de district avaient un statut social plus précaire que celles qui se rendaient dans les hôpitaux de référence, avec des niveaux plus faibles d'instruction et de revenu. Suite au diagnostic du VIH, les personnes dans les hôpitaux de district commençaient le traitement antirétroviral plus rapidement que les patients dans les hôpitaux de référence et à un taux de CD4 légèrement supérieur. Les patients suivis par les hôpitaux de district étaient mieux observants aux traitements que ceux des hôpitaux de référence. Les personnes fréquentant les hôpitaux de district et les hôpitaux de référence avaient une restauration de l'immunité similaire à six mois et une qualité de vie semblable.

Cette évaluation a aussi documenté les facteurs structurels associés à l'interruption du traitement pendant plus de deux jours. Si l'on excepte les ruptures de stocks sur le site de traitement, l'absence de cliniciens, la délégation conséquente des tâches au personnel paramédical et le manque de soutien psychosocial par des travailleurs sociaux professionnels étaient les facteurs associés à des interruptions de traitement plus fréquentes et à une qualité de vie plus médiocre. L'étude, qui a été réalisée avant l'instauration de la gratuité du traitement antirétroviral dans le secteur public, a aussi révélé que 20% des personnes n'avaient pu acheter leurs médicaments antirétroviraux le mois précédent, ce qui avait abouti à une interruption du traitement. Administrer gratuitement le traitement antirétroviral est une mesure majeure pour élargir la portée du programme national de traitement au Cameroun.

pays) ; et de 11% en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (de 1920 à 2130 dans 14 pays).

De plus, il est possible d'évaluer les progrès accomplis entre 2005 et 2008 dans 47 pays qui ont transmis ces informations pour les quatre années. Le nombre de centres de santé qui y dispensaient un traitement antirétroviral a presque doublé pendant cette période, de 4700 à 9360. Les progrès ont été particulièrement nets dans les 26 pays d'Afrique subsaharienne qui ont transmis des données comparables : la hausse a été de 264%, avec 1440 centres de santé qui dispensaient un traitement antirétroviral en 2005 contre 5240 en 2008.

Le nombre moyen de patients suivant un traitement antirétroviral par centre de santé a baissé de 300 en 2007 à 250 en 2008. Les centres de santé en Afrique subsaharienne continuent de traiter davantage de patients par site que dans le reste du monde (370 patients par centre de traitement antirétroviral en Afrique subsaharienne, contre 60 en Europe et en Asie centrale, 140 en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, 80 en Afrique du Nord et au Moyen-Orient et 180 en Amérique latine et aux Caraïbes).

Améliorer l'accès au traitement pour les populations difficiles à atteindre, notamment celles qui vivent loin des centres urbains, est capital pour parvenir à un accès universel aux services de traitement. Les données doivent être davantage désagrégées afin d'évaluer l'équité dans la disponibilité des services pour les habitants des zones rurales et les populations marginalisées ou difficiles à atteindre (encadré 4.3). D'après des données provenant de pays comme le Malawi, ces services sont progressivement

décentralisés. Les modèles de soins décentralisés, notamment le modèle de l'OMS de prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA), ont été mis au point pour garantir le maintien de la qualité des services à mesure que les sites de traitement se multiplient et se décentralisent (11).

4.1.5. Résultats et impacts de l'extension du traitement antirétroviral

Résultats au niveau des programmes : rétention du traitement antirétroviral

Le traitement antirétroviral doit être pris toute la vie durant. Il est utile de déterminer les résultats et effets à long terme des programmes de traitement pour surveiller et améliorer les performances des programmes et aussi pour forger et conserver vivace l'engagement politique en faveur des activités des programmes. La documentation annuelle sur le pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH qui continuent de suivre le traitement antirétroviral après son instauration¹ est utile pour les programmes car elle les aide à mieux comprendre s'ils sont efficaces et s'ils parviennent à retenir les patients sous traitement antirétroviral au fil du temps (encadré 4.4).

Les pays ont substantiellement amélioré le suivi et le rapportage d'information relative à la rétention. Les données recueillies par l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA montrent qu'en 2008, 59% des pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont transmis des rapports ont renseigné sur

¹ Indicateur 24 de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida relatif au pourcentage d'adultes et d'enfants avec le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale et chaque année suivante.

Encadré 4.4. Difficultés de suivi des cohortes pour le traitement du VIH

Le traitement antirétroviral est une intervention qui doit se prolonger toute la vie durant et qui exige un suivi attentif. Avec l'élargissement rapide du traitement depuis 2003, le suivi des cohortes, c'est-à-dire la surveillance des patients qui continuent à prendre le traitement antirétroviral au fil du temps, est devenu capital pour une gestion réussie des programmes et pour produire des informations sur les résultats du traitement antirétroviral et la rétention des patients, à savoir la proportion de patients qui continuent le traitement antirétroviral parmi ceux qui l'ont commencé. Bien que des efforts aient été faits dans cette voie, l'existence de systèmes de suivi extrêmement hétérogènes et le recours à des définitions non standardisées dans les différents programmes créent des écueils supplémentaires pour mesurer avec précision le succès des programmes.

L'attrition au programme de traitement antirétroviral, c'est-à-dire le nombre de personnes dans une cohorte qui cessent le traitement, est classée en trois causes sous-jacentes : arrêt du traitement, décès et perdu de vue (figure 4.2).

Un arrêt du traitement se réfère à la décision médicale d'interrompre le traitement antirétroviral. Cet arrêt peut être permanent ou temporaire, comme en cas de toxicité grave. Une analyse systématique des publications sur les cohortes en Afrique subsaharienne a estimé que moins de 5% de l'attrition dans les études de cohortes entre dans cette catégorie (13).

Le décès est le principal résultat utilisé pour estimer la survie des personnes qui commencent le traitement. Dans beaucoup de pays à revenu faible ou intermédiaire, où le système d'enregistrement des décès est peu performant et où la plupart des gens décèdent chez eux, les systèmes d'information sanitaire rendent imparfaitement compte des décès. Quand une personne qui a commencé un traitement antirétroviral décède et que l'information n'est pas transmise au centre de santé, la personne est considérée comme perdue de vue et déclarée comme telle dans le suivi des cohortes.

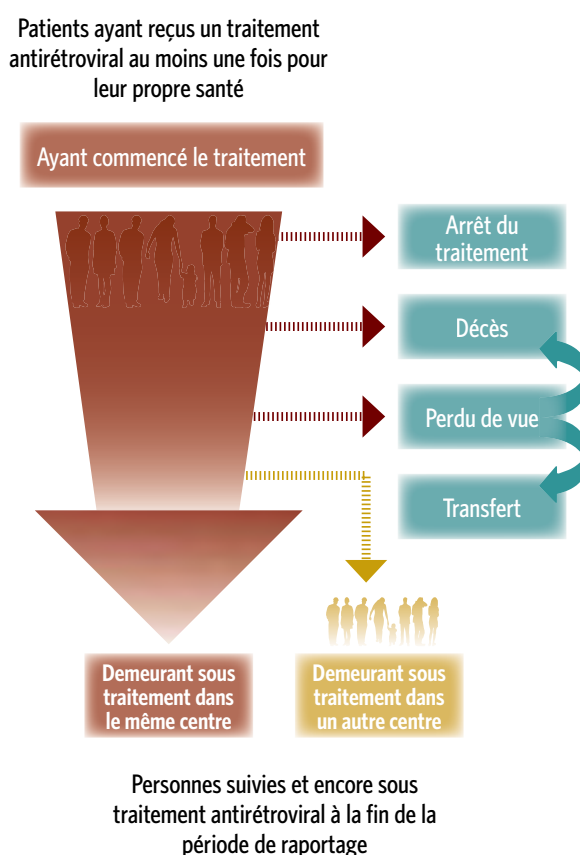
Un patient est considéré comme « perdu de vue » quand il ne revient pas au centre de santé pour le renouvellement des médicaments antirétroviraux jusqu'à la fin de la période examinée. La définition de cette notion varie considérablement dans les publications, allant d'un rendez-vous manqué à plusieurs mois d'absence.

En fait, le terme « perdu de vue » couvre des patients se trouvant dans des circonstances très différentes. Certains peuvent être décédés, alors que d'autres peuvent avoir été transférés, de leur propre chef ou parce qu'ils ont été adressés par leur centre initial, vers un autre site où ils continuent de prendre leur traitement. Une méta-analyse de 17 études en Afrique subsaharienne s'intéressant aux résultats de 6420 patients perdus de vue montrait que 34% n'étaient pas joignables en raison de problèmes d'enregistrement, 29% étaient morts et 37% étaient vivants. Parmi le dernier groupe, beaucoup de personnes, de 12% à 54% selon l'étude, étaient en fait transférés dans un autre établissement de santé (14).

Le transfert de patients sous traitement antirétroviral d'un centre à un autre augmente avec l'extension et la décentralisation des services. Une étude au Malawi recherchant 805 personnes transférées montrait que 737 (92%) d'entre elles se trouvaient bien dans le nouveau centre et continuaient de suivre leur traitement (15). Néanmoins, puisque les patients demeurent sous traitement dans un site différent, il semble que le transfert soit principalement une question de suivi et d'enregistrement corrects plutôt que d'attrition.

En plus des questions relatives aux définitions, des données récentes indiquent que la qualité de l'information recueillie au niveau des centres peut aussi varier considérablement entre programmes. Au Malawi, des chercheurs réalisant une supervision et un contrôle des données dans 89 centres ont estimé que les rapports systématiques sous-estimaient le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral de 5% et le nombre de patients sous schéma antirétroviral de première intention de 12% (16). Au Mali, c'est le contraire qui a été observé : une étude de contrôle de la qualité des données entreprise pour le Fonds mondial a estimé que les rapports systématiques surestimaient le nombre de patients sous traitement antirétroviral de 7% (17).

Figure 4.2. Mesurer l'attrition dans les programmes de traitement antirétroviral



la rétention des patients suivant un traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci. Un nombre croissant de pays ont aussi transmis des données sur des périodes plus longues, un pays sur quatre ayant fourni des informations sur la rétention à 48 mois. En 2007, deux pays seulement de l'Afrique subsaharienne avaient renseigné sur les taux de rétention à 24 mois et aucun à 48 mois.

Des 61 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant notifié des données, 30 (49%) affichaient des taux de rétention des patients de plus de 80%, dont dix (16%) dépassaient le taux de 90% de rétention à 12 mois. Au total, en dépit des

variations régionales, 51 (84%) pays ont fait état de taux de rétention à 12 mois supérieurs à 70% (figure 4.3). Le tableau 4.5 montre les tendances régionales après avoir agrégé les données transmises par chacun des pays. Dans les pays de l'Afrique subsaharienne, la rétention des patients sous traitement antirétroviral a été estimée à 75% à 12 mois (22 pays ayant rapporté des données) et 67% à 24 mois (13 pays ayant communiqué des données) (tableau 4.5 et figure 4.5).

Les taux agrégés de rétention ne différaient pas par sexe ou par âge. Vingt-cinq pays ont fait état de taux de rétention ventilés à 12 mois par sexe et 21 pays par âge. Le taux de

Figure 4.3. Rétention sous traitement antirétroviral 12 mois après le début du traitement dans 61 pays à revenu faible ou intermédiaire par région, 2008

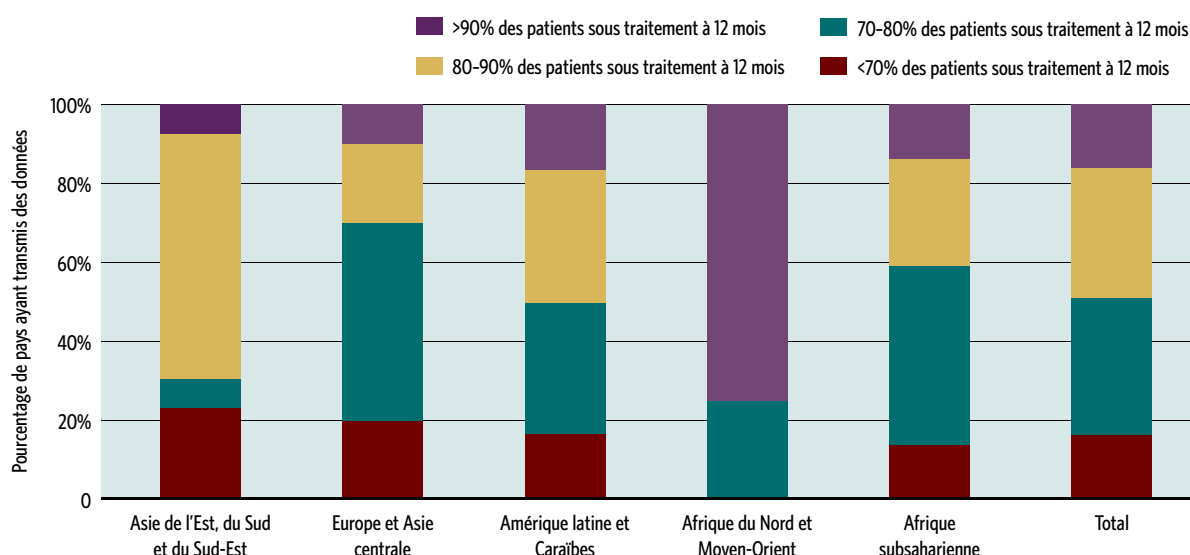


Tableau 4.5. Rétention sous traitement antirétroviral à 12, 24, 36 et 48 mois – estimations à partir de l'agrégation des rapports nationaux, pays à revenu faible ou intermédiaire, par région, 2008

		Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Europe et Asie centrale	Amérique latine et Caraïbes	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique Subsaharienne	Total
À 12 mois	N° de pays ayant fourni des données	13	10	12	4	22	61
	% patients sous TAR	80.2	74.1	85.5	89.6	75.2	79.5
	N° de patients sous TAR (numérateur)	43 392	897	83 031	784	108 318	236 422
	N° de patients évalués pour les résultats (dénominateur)	54 116	1 211	97 168	875	144 038	297 408
À 24 mois	N° de pays ayant fourni des données	7	9	10	3	13	42
	% patients sous TAR	68.7	63.4	78.6	92.3	66.8	74.8
	N° de patients sous TAR (numérateur)	3 403	453	68 496	597	26 067	99 016
	N° de patients évalués pour les résultats (dénominateur)	4 952	714	87 097	647	39 017	132 427
À 36 mois	N° de pays ayant fourni des données	4	7	6	3	10	30
	% patients sous TAR	66.7	63.4	77.0	86.8	65.6	73.8
	N° de patients sous TAR (numérateur)	1 304	286	28 827	165	8 221	38 803
	N° de patients évalués pour les résultats (dénominateur)	1 956	451	37 452	190	12 523	52 572
À 48 mois	N° de pays ayant fourni des données	4	4	6	3	5	22
	% patients sous TAR	55.4	66.8	74.5	78.4	67.2	73.1
	N° de patients sous TAR (numérateur)	416	175	15 857	156	1 999	18 603
	N° de patients évalués pour les résultats (dénominateur)	751	262	21 278	199	2 973	25 463

réention a été estimé à 77,3% (6960 sur 9001) chez les hommes ; 76,8% (7186 sur 9351) chez les femmes ; 77,9% (959 sur 1231) chez les enfants âgés de moins de 15 ans ; et 78,3% (16 896 sur 21 585) chez les adultes et les adolescents.

La disponibilité de données comparables provenant de programmes dans les pays à revenu élevé est limitée, même si certaines études de cohortes ont documenté la réention dans les soins. Selon une étude portant sur 2619 vétérans militaires aux États-Unis d'Amérique qui avaient commencé un traitement antirétroviral et ont été suivis jusqu'en 2002 (18), au moins 36% avaient manqué une visite trimestrielle ou davantage pendant la première année de traitement antirétroviral, ce qui était associé à des taux inférieurs de survie. Cette étude a conclu que la réention dans les soins posait problème même dans les environnements à ressources élevées.

Les données sur la réention transmises par les programmes nationaux correspondent à celles obtenues par les études de cohortes. Une analyse des résultats de 33 cohortes comprenant 74 289 personnes qui avaient commencé un traitement antirétroviral dans 13 pays de

l'Afrique subsaharienne a estimé la proportion de personnes continuant le traitement antirétroviral à 80% à six mois, 75% à 12 mois et 62% à 24 mois. Les perdus de vue représentaient 56% de l'attrition et les décès 40% (13). Les taux de réention dans les cohortes différaient largement selon que les services étaient soutenus par le secteur public, les organisations non gouvernementales, le secteur privé ou le lieu de travail, selon le recouvrement de coûts (gratuité, récupération partielle ou totale des coûts) et selon la période d'instauration du traitement (la plupart des patients avaient débutés entre 2001 et 2004).

Plusieurs programmes ont publié des résultats de suivi plus long à partir des données de routine qui comprenaient des informations sur les caractéristiques initiales. Le programme national de traitement du Botswana a publié des informations sur 633 personnes ayant commencé le traitement antirétroviral en 2002. Au début, le taux médian de CD4 était de 67 cellules par mm³, et 85% des patients étaient aux stades cliniques 3 ou 4 de l'OMS. À cinq ans, la survie était estimée à 79% et la probabilité de perdu de vue était de 22% ; par conséquent, près de 57% des patients étaient sous traitement antirétroviral après cinq

Encadré 4.5. Questions méthodologiques relatives à la mesure du pourcentage d'adultes et d'enfants avec le VIH dont on sait qu'ils suivent un traitement 12 mois après avoir commencé le traitement antirétroviral

Définitions

Afin de documenter les progrès annuels, il serait utile de produire pour chaque année civile des estimations de la réention des programmes de traitement, ou le pourcentage d'adultes avec le VIH dont on sait qu'ils suivent un traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci. Le taux de réention est calculé de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de patients vivants et encore sous traitement antirétroviral à 12 mois}}{\text{Nombre de patients qui ont commencé le traitement antirétroviral l'année civile précédente}}$$

Par exemple, en 2008, le dénominateur doit inclure tout individu qui a commencé à suivre un traitement antirétroviral pendant 2007 (ou l'année civile locale la plus récente). Le numérateur doit inclure tout individu qui a commencé à suivre un traitement antirétroviral en 2007 et était encore vivant et sous traitement après 12 mois. Par conséquent, il ne faut pas inclure dans le numérateur les individus morts avant 12 mois, ayant arrêté le traitement sans le reprendre avant 12 mois, ou qui étaient perdus de vue avant 12 mois. Une approche semblable doit être utilisée pour estimer le taux de réention à 24, 36 et 48 mois et les intervalles ultérieurs de 12 mois. Tous les centres de traitement devraient produire cet indicateur et les résultats devraient être agrégés pour donner des chiffres nationaux.

Principaux obstacles à la génération et à l'interprétation des données

La qualité de l'information produite dépend du système de suivi de la cohorte que l'on utilise dans les centres de traitement et de comment ce système prend en compte l'attrition (voir encadré 4.4). Des difficultés existent pour mesurer les deux côtés de l'équation. Pour le dénominateur, certains pays peuvent produire cet indicateur en sélectionnant seulement un échantillon de sites de traitement, qui peuvent ne pas être représentatifs de la situation nationale. D'autres produisent parfois un indicateur cumulé, pour tout individu ayant commencé un traitement antirétroviral et non pas seulement ceux qui l'ont commencé pendant l'année la plus récente. Cette méthode sous-estime donc le taux actuel de réention, puisque les résultats d'ensemble des programmes peuvent s'améliorer au cours du temps.

Déterminer le numérateur peut être aussi complexe car la manière dont les systèmes de suivi enregistrent les patients qui ne sont plus soignés dans le centre n'est pas toujours claire. Certains pays excluent les personnes décédées de leurs calculs, mais conservent celles qui ne sont plus suivies par le centre, ce qui aboutit à une surestimation de la réention réelle sous traitement antirétroviral. Les enregistrements incomplets des transferts entre établissements peuvent aussi sous-estimer la réention.

Ces questions mettent en évidence les difficultés auxquelles les responsables des programmes et les chercheurs font face pour produire et analyser des données sur la réention dans les programmes de traitement. Néanmoins, l'interprétation dépend largement des méthodes employées par les responsables locaux (voir encadré 4.12 sur trois systèmes liés de suivi des patients).

ans (19). La province du Cap, Afrique du Sud, a publié des résultats à partir des données du suivi recueillies dans tous les sites de traitement et qui portaient sur 12 587 adultes et 1709 enfants. Parmi les adultes, 23% ont commencé le traitement avec une numération des CD4 inférieure à 50 cellules par mm³. À quatre ans, 76% des adultes étaient encore sous traitement et à trois ans, 82% des enfants (20). Le programme national de traitement de la Thaïlande a publié des données sur les résultats de 58 008 patients ayant commencé le traitement antirétroviral entre 2000 et 2005. Au début, le taux médian de CD4 était de 41 cellules par mm³ et 51% étaient au stade clinique du SIDA. La survie à cinq ans était estimée à 78% ; de plus, 9% étaient perdus pour le suivi et 1% avaient arrêté définitivement le traitement (21).

Les données montrent également que l'accès tardif au traitement antirétroviral demeure la menace la plus grave pour la survie, un obstacle qui ne peut être levé qu'en élargissant substantiellement l'accès précoce au diagnostic du VIH et aux examens pour déterminer si le traitement est indiqué.

Les données sur la rétention à court et moyen terme sous traitement antirétroviral transmises par les pays à revenu faible ou intermédiaire confirment l'efficacité des programmes de traitement et les progrès importants en termes de survie et de mortalité évitée par le traitement antirétroviral. Ce résultat est particulièrement remarquable compte tenu du stade avancé de la maladie auquel la plupart des patients commencent le traitement. En fait, il a

Encadré 4.6. Expansion du traitement antirétroviral en Papouasie-Nouvelle-Guinée de 2004 à 2008

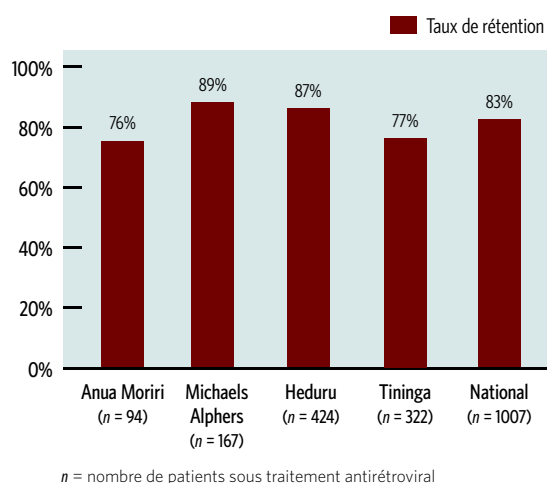
Depuis que le premier cas de VIH a été notifié en 1987, l'épidémie s'est étendue rapidement en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Elle s'est généralisée en 2004 et, fin 2008, la prévalence du VIH chez les adultes était estimée à 0,95%, avec plus de 36 000 adultes et enfants vivant avec le VIH.

En 2004, la Papouasie-Nouvelle-Guinée a instauré un programme national de traitement antirétroviral, qui a commencé avec deux sites pilotes de traitement en collaboration avec des partenaires de développement dont l'OMS, AusAID et la Banque asiatique de développement. En 2005, le pays a entrepris d'étendre le traitement antirétroviral avec l'appui financier du Fonds mondial, ce qui a permis l'approvisionnement en produits comme les médicaments antirétroviraux et les tests de dépistage du VIH, de recruter et de former des ressources humaines et d'améliorer les sites de traitement et les services de laboratoire. Fin 2008, le nombre de sites de traitement antirétroviral était passé à 52, avec 5195 patients. Près de 500 agents de santé ont été formés à la prestation des services au moyen du modèle de l'OMS de prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA). Le modèle et les matériels de formation, les directives sur le traitement et les outils de suivi des patients ont été évalués en collaboration avec l'OMS et d'autres partenaires de développement. L'expansion du traitement antirétroviral s'est accompagnée d'efforts pour élargir les services de conseil et dépistage du VIH et améliorer l'infrastructure de laboratoire, ce qui a facilité l'identification des malades et leur inscription dans les services de traitement. De plus, huit appareils de contrôle des CD4 ont été mis à disposition pour la surveillance biologique ; on a également eu recours au 'sang séché sur papier buvard' pour améliorer le diagnostic du VIH chez l'enfant.

Afin de renforcer le suivi des patients sous traitement antirétroviral, soutenir la prestation des services et mesurer les résultats, des bases de données informatisées ont été établies au niveau national et au niveau des sites ; les agents de santé ont été formés et encadrer dans leur utilisation. Ce mécanisme permet aussi de surveiller les indicateurs d'alerte précoce de pharmacorésistance du VIH. Le taux national de rétention des patients sous traitement antirétroviral était élevé et comparable à celui d'autres pays de la région (figure 4.4).

La réussite du passage à l'échelle des services de traitement n'est pas allée sans défis. La topographie de la Papouasie-Nouvelle-Guinée est accidentée, avec une infrastructure de communication limitée. La plupart des provinces ne sont pas reliées par route à la capitale, et le transport aérien demeure le principal moyen de se rendre dans la majorité des provinces et districts, où 87% de la population réside, d'après le recensement de 2006. Le pays a établi un mécanisme vertical de distribution des médicaments pour permettre un approvisionnement ininterrompu de médicaments, et a chargé une société commerciale de fournir les médicaments aux sites de traitement à partir de la capitale. Néanmoins, le programme de traitement continue de connaître des retards pour le retour des résultats des tests du VIH et dans l'accès aux services de traitement, en particulier dans les zones éloignées. Les services de traitement insuffisants pour les enfants, les fréquentes pannes des équipements de laboratoire dues aux fluctuations du réseau électrique, l'utilisation inappropriée des données pour informer la mise en œuvre des programmes et la stigmatisation et la discrimination persistantes sont autant de facteurs qui entravent la prestation des services dans le pays.

Figure 4.4. Rétention à 12 mois des patients sous traitement antirétroviral dans une sélection de sites de traitement ayant le plus grand nombre de patients, Papouasie-Nouvelle-Guinée, 2008



été montré que le taux initial des CD4 est le facteur le plus important pour prédire la survie (22) et la reconstitution de l'immunité (23). Les patients qui commencent le traitement antirétroviral à des niveaux plus élevés de CD4 tendent à parvenir à des taux supérieurs de CD4 et à le faire plus rapidement (23). Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la survie médiane sans traitement antirétroviral de personnes avec un sida clinique est estimée à moins d'une année, et celle des personnes avec un taux de CD4 inférieur à 200 cellules par mm³ est estimée à 2,1 années (24). Si l'on considère que le traitement est souvent initié bien au-dessous de ce seuil de CD4, l'importance de ces résultats ne doit pas être sous-estimée.

Les données confirment aussi que la plupart de l'attrition au traitement – ou le nombre de personnes ayant commencé un traitement antirétroviral qui cessent ce traitement – se produit pendant la première année après l'initiation du traitement et tend à diminuer ou à se stabiliser après 12 mois (figure 4.5). Ces tendances corroborent l'idée que la plupart de l'attrition pendant la première année après l'instauration du traitement semble due au taux élevé de mortalité lié à l'accès tardif au traitement antirétroviral. Les différences régionales dans les taux de rétention traduisent également une différence dans le stade auquel le traitement antirétroviral a été initié.

Plusieurs études de cohortes dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ont montré que la plupart des décès chez

les patients sous traitement antirétroviral se produisaient dans les premiers mois suivant l'instauration du traitement et que la mortalité diminuait sensiblement par la suite (20,22,25). Il est probable que les taux élevés de mortalité précoce dépendent non seulement des soins délivrés par les programmes, mais plus fondamentalement du stade de l'infection au moment de l'inscription des patients dans le programme et de la qualité des soins de santé dispensés précédemment (25).

Même dans les pays à revenu élevé, beaucoup de personnes commencent le traitement à un stade plus avancé de la maladie que si le VIH avait été diagnostiqué plus tôt. Dans les études de pays à revenu élevé, parmi les personnes chez qui le VIH a été diagnostiqué pour la première fois, la proportion qui présentaient une maladie grave, définie par les conditions cliniques du sida ou un taux de CD4 inférieur à 200 par mm³, oscillaient de 24% à 45% (26).

Malheureusement, beaucoup de programmes nationaux donnent accès au traitement antirétroviral quand l'infection à VIH en est à un stade clinique grave, principalement en raison de l'accès tardif au diagnostic du VIH et aux examens pour déterminer l'indication du traitement antirétroviral. Les données des programmes nationaux sur les caractéristiques initiales au début du traitement sont limitées et les informations disponibles émanent pour la plupart des études de cohortes, qui ne sont pas toujours représentatives d'un pays ou d'une région. Une étude de la collaboration

Figure 4.5. Tendances de la rétention sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire par région, 2008

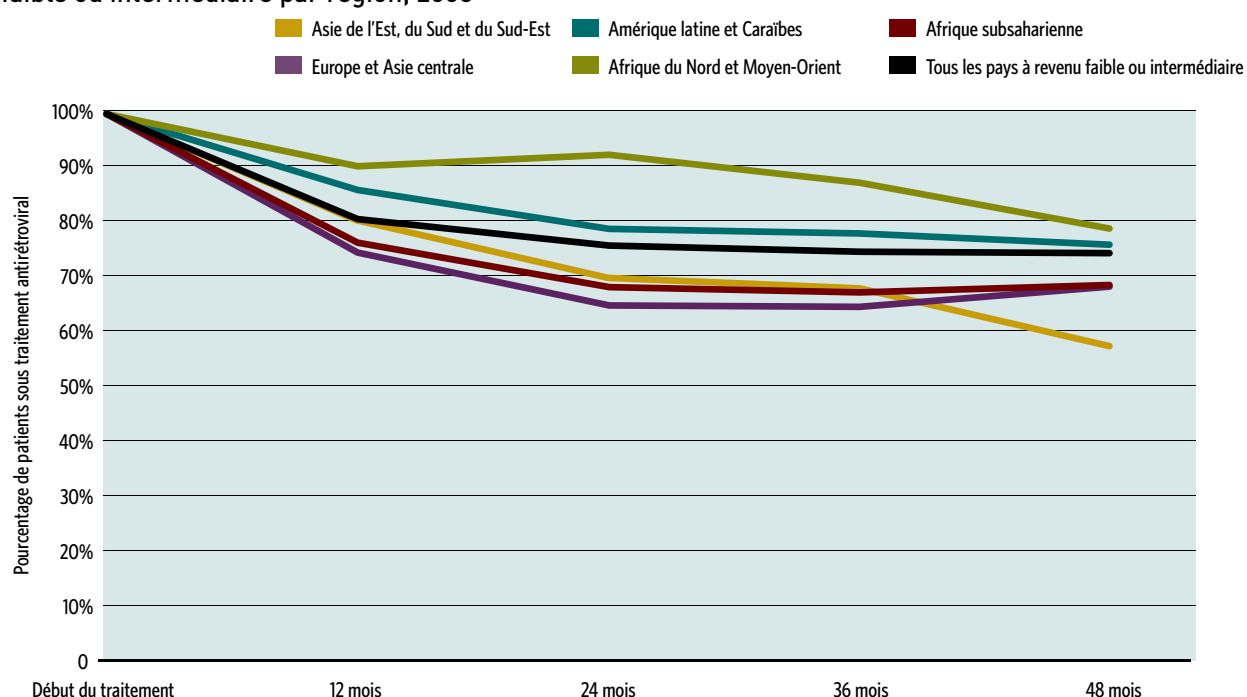
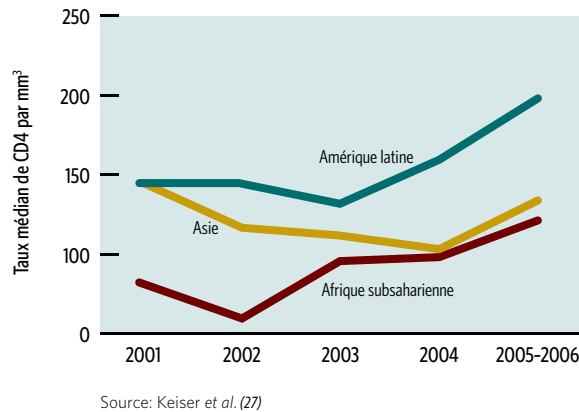


Figure 4.6. Évolution chronologique du taux médian des CD4 de 36 715 adultes au début du traitement antirétroviral entre 2001 et 2006



ART-LINC¹ sur 17 cohortes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a produit des données sur la numération initiale des CD4 chez 36 715 adultes qui ont commencé le traitement antirétroviral entre 2001 et 2006. Les patients initient le traitement de plus en plus tôt dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et ils sont plus nombreux à démarrer le traitement à un taux de CD4 supérieur à ce qu'il était dans le passé (figure 4.6), avec néanmoins des différences régionales. En Afrique subsaharienne, les personnes accèdent au traitement antirétroviral à un stade plus avancé que les habitants d'autres régions (27). Selon une analyse des indicateurs agrégés au niveau des cohortes dans huit pays de l'Afrique subsaharienne soutenus par le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida, le taux médian des CD4 au début du traitement a été relevée de 115 cellules par mm³ en 2005 à 140 en 2008 (28).

Les données obtenues par le suivi des programmes dans la province du Cap, Afrique du Sud, montrent que la gravité de la maladie chez les personnes commençant le traitement antirétroviral a diminué avec le temps, alors que le taux initial des CD4 augmentait : en fait, alors que la proportion d'adultes qui commençaient le traitement antirétroviral au-dessous de 50 CD4 par mm³ a diminué de 51,3% en 2001 à 21,5% en 2005, au cours de la même période, la mortalité pendant les six premiers mois de traitement antirétroviral a presque diminué de moitié : de 12,7% à 6,6% (20).

Le diagnostic tardif dû à l'ignorance de la séropositivité au VIH demeure un problème qu'il faut connaître et corriger, car il continue d'empêcher l'initiation du traitement antirétroviral quand son impact sur la survie serait le plus

fort². Il semble également que les délais dans la mise en place du traitement antirétroviral après le diagnostic du VIH, y compris pour les personnes avec un taux faible des CD4, pourraient contribuer à une mortalité précoce. Une analyse prospective de 896 patients soignés pour le VIH à Durban, Afrique du Sud (30), a montré qu'ils sont souvent immunodéprimés au moment du diagnostic du VIH (64% des patients testés avaient un taux de CD4 inférieur à 200 par mm³) et que seulement la moitié des personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral ont commencé celui-ci dans les 12 mois suivants. Les pays doivent redoubler d'efforts pour proposer des services appropriés de conseil et dépistage du VIH à tout le monde et veiller à orienter immédiatement les patients vers les services de soins du VIH qui les examineront afin de déterminer si le traitement est indiqué, surveiller leur état et instaurer ponctuellement le traitement en cas de besoin. De plus, il faut continuer à aborder les questions relatives à la stigmatisation, la discrimination et les obstacles psychologiques comme les sentiments de peur, de déni ou de honte.

Plusieurs facteurs supplémentaires liés à la qualité des services de santé et aux différences dans la santé générale de la population selon les sites, les programmes et les régions influencent aussi la mortalité. Par exemple, des systèmes solides de gestion de l'approvisionnement sont essentiels pour garantir un accès toute la vie durant au traitement antirétroviral (voir chapitre 6). Dans des pays qui ont connu des ruptures de stocks des médicaments antirétroviraux en 2008, ce goulet d'étranglement peut avoir contribué à l'attrition.

Même lorsque les médicaments sont distribués gratuitement, les honoraires pour les services et le coût des examens biologiques et autres supportés par les usagers sont liés à une moindre rétention (22,31). D'après un examen systématique de 33 cohortes dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, les programmes qui ne demandaient pas de rémunération affichaient des taux plus élevés de rétention (13). Dans un dispensaire ougandais de soins du VIH qui faisait payer ses services, la probabilité de rester en vie et sous traitement à quatre ans était estimée à 35% (32).

Il faut aussi tenir compte de la qualité des services et du soutien prodigué à l'observance. Les centres avec de longues attentes, un personnel insuffisant et une infrastructure déficiente auront des difficultés à retenir les patients sous traitement et à accroître correctement la survie à long terme. La situation géographique des sites peut également multiplier les obstacles au traitement : directement, par exemple par des coûts accrus associés au transport et à l'alimentation, et indirectement, par le temps perdu en déplacement et dans les files d'attente (33).

De plus, améliorer les soins du VIH ainsi que le diagnostic et le traitement des infections opportunistes, renforcer les activités de prise en charge du VIH et de la tuberculose avec la méthode dite des « trois I » (voir section 4.2) et donner accès à la prophylaxie au cotrimoxazole sont

¹ 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.

² Au Kenya, parmi les personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral, 39% sont déjà traitées, 4% connaissent leur statut, mais n'ont pas accès au traitement et 57% ne savent même pas qu'elles vivent avec le VIH (29).

Encadré 4.7. L'essai DART (Développement du traitement antirétroviral en Afrique)

L'essai clinique DART a comparé deux méthodes de suivi des patients sous traitement antirétroviral (35,37). Réalisée en Ouganda et au Zimbabwe, l'étude comprenait 3316 adultes qui commençaient le traitement antirétroviral pour la première fois. Elle les a répartis de manière aléatoire en deux groupes : le premier groupe bénéficiait d'un suivi clinico-biologique, alors que le second faisait l'objet d'un suivi à dominante clinique. Dans le groupe de suivi clinico-biologique, on surveillait systématiquement la numération formule sanguine complète, la biochimie et la numération des CD4 toutes les 12 semaines ; dans le groupe du suivi à dominante clinique, les résultats de la numération formule sanguine complète et de la biochimie n'étaient donnés que sur demande du personnel soignant, mais les résultats des CD4 n'étaient pas donnés.

Soixante-cinq pour cent des participants à l'étude étaient des femmes. Au début, le taux médian des CD4 était de 86 cellules par mm³, et 33% des participants avaient un taux de CD4 inférieur à 50 cellules par mm³. Les participants ont été suivis jusqu'en décembre 2008, avec une médiane de suivi de 4,9 années. Dans l'ensemble, 17% des participants ont été perdus de vue, avec un taux similaire dans les deux groupes.

L'essai n'a pas mis en évidence de différences dans la progression de la maladie et la survie entre les groupes pendant les deux premières années de traitement antirétroviral. Elle a montré un petit avantage, significatif sur le plan statistique, dans le groupe de suivi clinico-biologique uniquement à partir de la troisième année, lié à un changement plus tardif pour des schémas thérapeutiques de deuxième intention dans le groupe bénéficiant du suivi à dominante clinique par rapport à l'autre groupe. La survie à cinq ans était estimée à 90% dans le groupe au suivi clinico-biologique contre 87% dans le groupe au suivi à dominante clinique. Les auteurs comparent ces résultats à une cohorte historique (la cohorte d'Entebbe), avant l'introduction du traitement antirétroviral, pour laquelle la survie était estimée à 8% à cinq ans. À la fin de la période d'étude, 78% des participants du groupe de suivi clinico-biologique et 81% du groupe de suivi à dominante clinique demeuraient sous traitement de première intention. Les groupes affichaient une restauration similaire de l'immunité. Chez les participants demeurant sous schéma de première intention, le taux médian des CD4 était de 356 cellules par mm³ à la fin de l'essai. Il y avait peu de différences entre les groupes et elles n'étaient pas significatives en ce qui concerne le taux de détection des effets indésirables.

Une analyse séparée estimait à \$US 9016 par année de vie gagnée la proportion d'accroissement du rapport coût-efficacité obtenue avec l'utilisation du suivi clinico-biologique par rapport au suivi à dominante clinique. Les auteurs en ont conclu qu'en Afrique subsaharienne, le traitement antirétroviral pouvait être administré en toute sécurité sans suivi de laboratoire questionnant la nécessité du compte CD4 par rapport au suivi clinique de routine, en particulier à partir de la deuxième année de traitement antirétroviral.

autant de mesures qui restent essentielles pour améliorer la survie de patients sous traitement antirétroviral et les résultats des programmes. L'étude sur le développement du traitement antirétroviral en Afrique (DART) a porté sur 3316 personnes ayant commencé le traitement antirétroviral en Ouganda et au Zimbabwe. Elle a montré que la prophylaxie au cotrimoxazole réduisait de moitié la mortalité pendant les 12 premiers mois de traitement antirétroviral (encadré 4.7) (34).

La valeur ajoutée de la surveillance de laboratoire pour la survie n'est pas claire. L'essai clinique DART, qui a comparé la surveillance clinico-biologique avec la surveillance fondée sur les examens cliniques, n'a pas dégagé de différence dans la progression de la maladie et la survie des patients pendant deux ans. Elle a noté un avantage, petit mais significatif sur le plan statistique, dans le groupe bénéficiant d'un suivi clinico-biologique uniquement à partir de la troisième année de traitement antirétroviral (35). Un modèle de simulation a révélé des avantages modestes du suivi par charge virale et numération des CD4 par rapport au suivi clinique des patients commençant le traitement avec de la stavudine (d4T), de la lamivudine (3TC) et de la névirapine (NVP) (36).

Impact du traitement antirétroviral sur la mortalité au niveau de la population

L'absence de statistiques de l'état civil ou le retard avec lequel elles sont produites explique la plupart des difficultés rencontrées actuellement pour évaluer l'influence du traitement antirétroviral sur la mortalité au niveau de la population. Beaucoup de pays à revenu

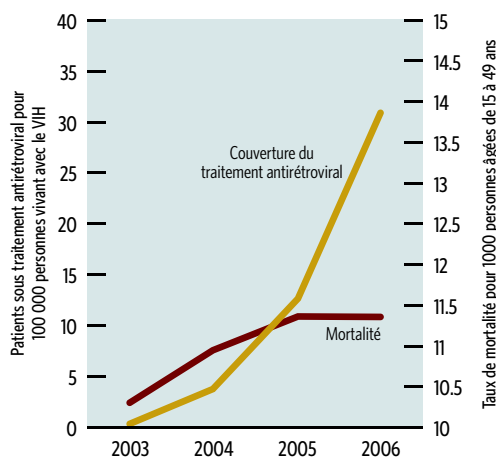
faible ou intermédiaire ont de piètres systèmes d'état civil, particulièrement dans les pays à forte charge du VIH, ce qui compromet la mesure de la mortalité attribuable au VIH. Même quand ces systèmes existent, ils sont rarement exhaustifs et la cause du décès est souvent mal notée ou absente. L'utilisation des données de ces systèmes souffre aussi des retards dans la notification. Les enquêtes utilisent parfois les autopsies verbales pour évaluer rétrospectivement la mortalité attribuable au VIH dans une population ; néanmoins, cette approche manque souvent des données initiales pour évaluer comment l'accès au traitement antirétroviral influence la mortalité liée au VIH.

Les évaluations démographiques directes sont encore rares (encadré 4.8). À Addis-Abeba, Éthiopie, on a surveillé les enterrements comme méthode de remplacement des systèmes déficients de l'état civil. Pour les décès attribuables au VIH, la cause rapportée du décès a été vérifiée par une autopsie verbale dans un échantillon de cas. De 2001 à 2007, cette étude a estimé que le nombre de décès attribuables au VIH chez les adultes avait diminué de moitié sur cinq ans, et que ce recul, qui s'appliquait aux deux sexes, s'était accéléré après l'introduction d'une politique d'administration gratuite du traitement antirétroviral en 2005 (38). La surveillance démographique complétée par l'autopsie verbale, chez 32 000 personnes au Malawi septentrional de 2002 à 2006 a également démontré l'effet rapide de l'extension du traitement antirétroviral. Avant le traitement, 65% des décès chez les adultes étaient attribués au VIH. Huit mois après l'ouverture d'un dispensaire de traitement, la mortalité globale parmi les adultes dans cette population avait reculé

Encadré 4.8. Mortalité attribuable au VIH en Afrique du Sud

Une récente corrélation écologique des données relatives à la mortalité, toutes causes confondues, et au traitement du VIH (41) démontre une diminution du taux de mortalité, diminution qui peut être attribuée à l'augmentation rapide du nombre de patients sous traitement (figure 4.7). Cette association est très suggestive et intuitive ; quand un grand nombre de personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement antirétroviral dans une épidémie mature, le taux de mortalité ou l'accroissement du taux fléchit.

Figure 4.7. Couverture du traitement antirétroviral et mortalité toutes causes confondues en Afrique du Sud, 2003-2006



de 10%, la plus forte baisse (35%) étant constatée le long de la route principale où la mortalité était la plus élevée (39).

Dans quatre pays de l'Afrique subsaharienne, la mortalité des patients suivis par cinq grands programmes de traitement a été comparée avec la mortalité dans la population générale. La mortalité pendant les trois premiers mois suivant l'introduction du traitement antirétroviral était 130 fois plus élevée que dans la population générale et elle a été ramenée à un niveau quatre fois plus élevé pendant la deuxième année de traitement antirétroviral. L'excès de mortalité était corrélé avec le stade de la maladie au début du traitement et, pour les patients commençant aux stades OMS 1 ou 2 et avec une numération des CD4 supérieure à 200 cellules par mm³, la mortalité après un an de traitement était presque la même que dans la population générale. Les auteurs suggèrent qu'une bonne part de l'excès de mortalité dans cette cohorte sous traitement antirétroviral pourrait avoir été évitée en instaurant le traitement plus rapidement (40).

Le Groupe de référence de l'ONUSIDA/OMS sur les estimations, la modélisation et les projections prépare aussi des estimations de la mortalité. Ces estimations proviennent

d'une modélisation statistique qui se sert des données de la surveillance et du suivi des programmes aidées des logiciels Estimations et Projections Pays (EPP) et Spectrum (6,7). Sur la base de cette modélisation, l'estimation du nombre annuel de décès par sida dans le monde a reculé de 2,2 millions [1,9 million-2,6 millions] en 2005 à 2,0 millions [1,8 million-2,3 millions] en 2007 (42). D'autres sources de données indiquaient aussi un déclin des taux de mortalité liée au VIH. Une évaluation des résultats dans 12 pays soutenus par le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida a estimé que les décès dus au VIH ou au sida avaient diminué en moyenne de 6,3% par an sur la période d'extension soutenue par le Plan contre 14,1% d'accroissement annuel moyen auparavant. Les décès liés au VIH ont reculé de 10,5% (intervalle de confiance de 95% : -16,6 à -4,4) dans les pays bénéficiant du soutien du Plan par rapport à d'autres pays (43). Au Botswana, le programme national a estimé que le nombre annuel de décès liés au sida avait diminué de moitié à partir d'une pointe dépassant 15 000 en 2003 pour s'établir à 7400 en 2008, avec une couverture du traitement de 80% (44). Il est nécessaire de poursuivre les recherches et d'améliorer les systèmes d'enregistrement de la mortalité afin de mieux juger comment le traitement antirétroviral influence la mortalité au niveau de la population.

4.1.6. Prévenir et évaluer la pharmacorésistance du VIH

À mesure que l'accès au traitement antirétroviral s'étend, l'émergence d'une pharmacorésistance du VIH est inévitable en raison des taux élevés de réplication et de mutation du VIH et de la nécessité de suivre le traitement durant toute la vie. Pour soutenir le fonctionnement optimal des programmes de traitement et pour maintenir l'efficacité des schémas thérapeutiques antirétroviraux de première et deuxième intention, l'OMS recommande aux pays de préparer et d'appliquer des stratégies nationales et régionales de prévention et d'évaluation de l'émergence d'une pharmacorésistance du VIH, au moyen d'une approche de santé publique. Les éléments clés de la stratégie comprennent la création de groupes de travail et de plans nationaux sur la pharmacorésistance du VIH ; le suivi systématique d'indicateurs « d'alerte précoce » dans des sites (choisis) de traitement représentatifs ; la réalisation d'enquêtes pour évaluer la prévention, l'apparition et la transmission de la pharmacorésistance ; l'appui à l'observance du traitement de la part des patients sous traitement antirétroviral et la continuité de l'approvisionnement en médicaments sur les sites de traitement ; les tests de laboratoire avec assurance qualité pour la surveillance de la pharmacorésistance du VIH ; et la production de rapports réguliers avec des recommandations pour l'action de santé publique (45).

Au niveau mondial, le réseau HIVResNet formé d'experts, d'institutions et de pays qui collaborent pour soutenir et évaluer les efforts de prévention et d'évaluation de la pharmacorésistance, conseille sur l'application de la stratégie de l'OMS. La mise en œuvre de différents volets de cette stratégie a continué de s'élargir en 2008 et 2009. À la moitié de 2009, l'OMS et les partenaires de HIVResNet avaient apporté une assistance technique à

Figure 4.8. Pays appliquant un ou plusieurs éléments de la Stratégie mondiale de l'OMS de prévention et d'évaluation de la pharmacorésistance du VIH et sites des laboratoires de test de la pharmacorésistance, février 2009

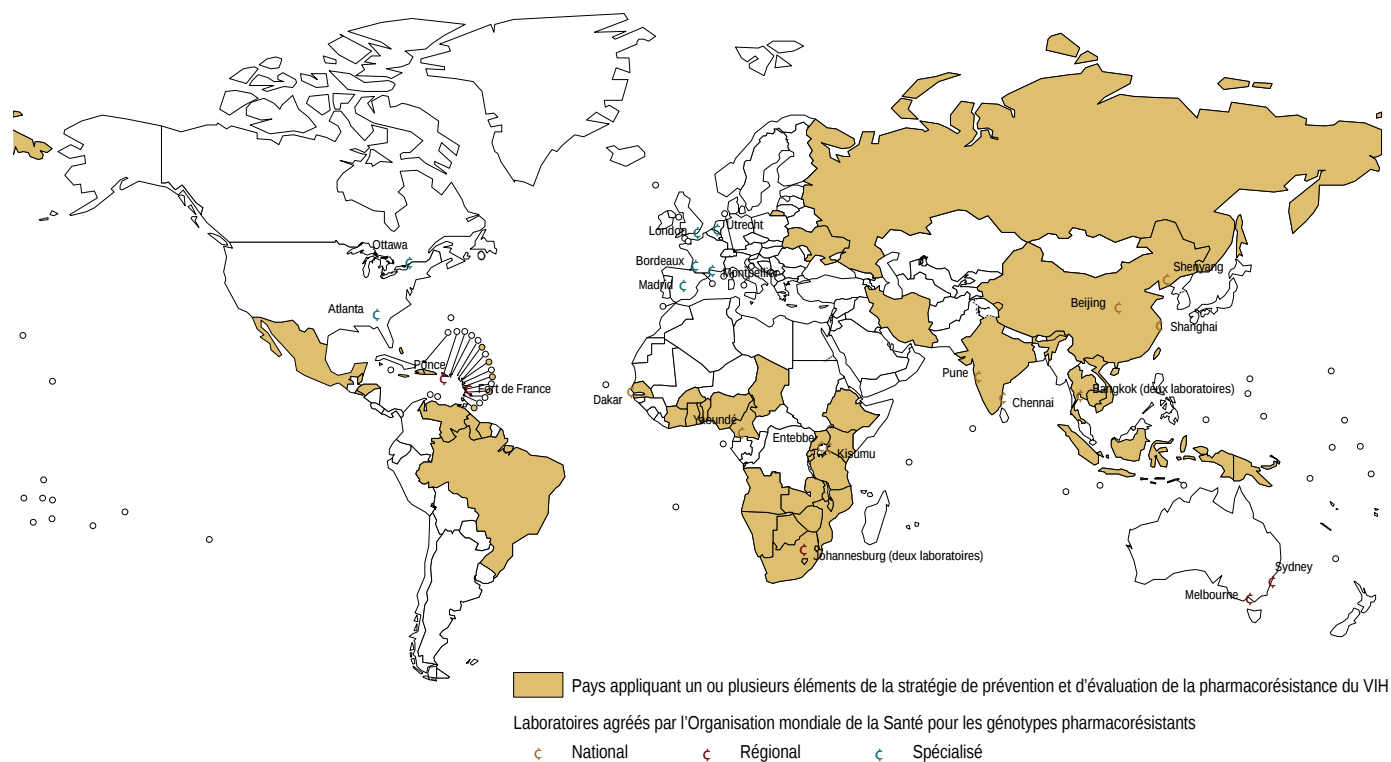


Tableau 4.6. Enquêtes sur la pharmacorésistance transmise du VIH

Pays	Région	Période	Type de site	Sous-type(s) prédominant(s) du VIH-1	Classement de la résistance transmise (toutes classes d'antirétroviraux confondus)
Éthiopie (49)	Addis-Abeba	Avril-août 2005	Soins prénatals	C	< 5%
Inde	Mumbai	2007	Conseil et dépistage volontaires	C	< 5%
Malawi (50)	Lilongwe	Nov.-déc. 2006	Prévention transmission mère-enfant	C	< 5%
Afrique du Sud (51)	Province Gauteng	Oct. 2002	Soins prénatals	C	< 5%
Afrique du Sud (51)	Province Gauteng	Oct. 2004	Soins prénatals	C	< 5%
Afrique du Sud (52)	Province Gauteng	2005	Soins prénatals	C	< 5%
Afrique du Sud (52)	KwaZulu-Natal	2005	Soins prénatals	C	< 5%
Afrique du Sud (52)	Province Gauteng	2006	Soins prénatals	C	< 5%
Afrique du Sud (52)	KwaZulu-Natal	2006	Soins prénatals	C	< 5%
Afrique du Sud (52)	Cap occidental	2006	Soins prénatals	C	< 5%
Afrique du Sud (52)	Province Gauteng	2007	Soins prénatals	C	< 5%
Afrique du Sud (52)	KwaZulu-Natal	2007	Soins prénatals	C	< 5%
Swaziland (53)	Couloir de Manzini-Mbani	Juill.-août 2006	Soins prénatals	C	< 5%
République-Unie de Tanzanie (55)	Dar Es Salaam	Nov. 2005-févr. 2006	Soins prénatals	A1,C	< 5%
Thaïlande (54)	Bangkok	Juill. 2005 - avril 2006	Site de don du sang Donation	CRF01-AE	< 5%
Thaïlande (54)	Bangkok	Juill.-déc. 2005	Conseil et dépistage volontaires	CRF01-AE	< 5%
Viet Nam (56)	Hanoi	Févr.-juin 2006	Conseil et dépistages volontaires	CRF01-AE; CRF15-01B	< 5%
Ouganda (57)	Kampala	2006	Soins prénatals	A, D, C	< 5%

53 pays, contre 25 fin 2007. Pour planifier et mettre en œuvre la stratégie de l'OMS, 28 nouveaux pays ont formulé des stratégies sur la pharmacorésistance du VIH et établi des mandats pour les groupes de travail nationaux sur la pharmacorésistance (figure 4.8).

Le réseau HIVResNet de l'OMS coordonne également un réseau mondial de laboratoires agréés qui réalisent des tests avec assurance qualité des génotypes pharmacorésistants au niveau national (46). En juin 2009, 24 laboratoires avaient été agréés dans le monde, contre sept fin 2007. Ces activités sont allées de pair avec la formation de techniciens de laboratoire et des efforts pour accroître le transfert de technologie et le partage des connaissances entre laboratoires aux capacités différentes.

Les indicateurs d'alerte précoce sont des indicateurs d'assurance qualité pour les programmes de traitement antirétroviral. Le renforcement des aspects spécifiques de la prestation des schémas thérapeutiques de première intention réduira la pharmacorésistance évitable au VIH et prolongera l'efficacité de ces traitements de première intention, qui sont moins coûteux. À la moitié de 2009, 14 pays avaient appliqué des projets pilotes de suivi d'indicateurs d'alerte précoce dans des sites de traitement antirétroviral. Sept pays avaient commencé à mener des enquêtes de surveillance de la prévention de la pharmacorésistance et des facteurs associés dans des sites sentinelles de traitement antirétroviral en utilisant le protocole de l'OMS ; huit pays supplémentaires préparent des protocoles ou les ont présentés pour examen. À la mi-2009, 25 pays avaient achevé ou appliquaient des enquêtes sur les seuils de pharmacorésistance au VIH pour évaluer la pharmacorésistance transmise, avec le soutien technique de l'OMS et de ses partenaires. Neuf pays ont rapporté des données tirées d'enquêtes réalisées dans les zones géographiques où le traitement antirétroviral a été instauré pour la première fois dans le pays (47–55). Toutes les enquêtes ont indiqué une résistance transmise

inférieure à 5% pour tous les médicaments et les classes de médicaments dans ces régions (tableau 4.6).

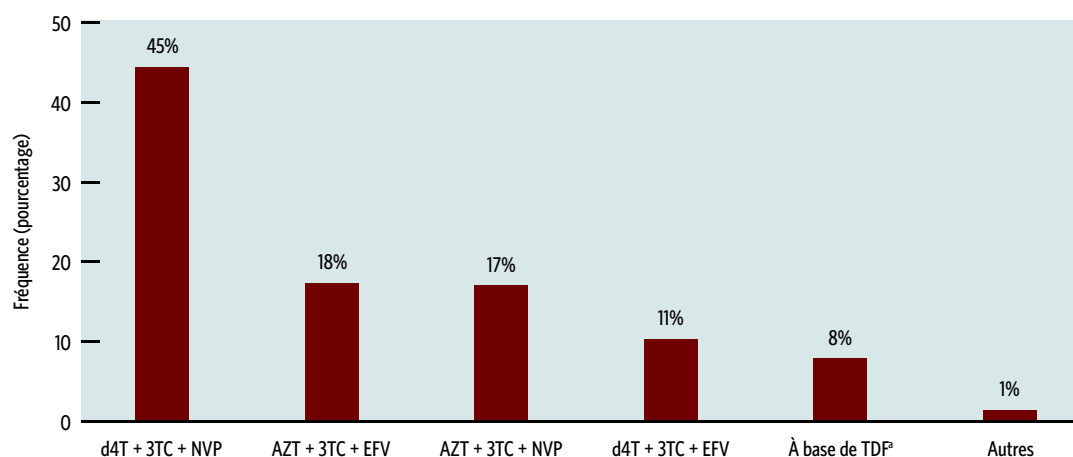
4.1.7. Schémas thérapeutiques antirétroviraux

En 2009, le Service des médicaments et des diagnostics du sida à l'OMS (56) a réalisé la troisième enquête annuelle sur la distribution et la composition des schémas thérapeutiques antirétroviraux de première et deuxième intention utilisés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Un questionnaire type a été adressé aux 43 pays qui abritaient le plus grand nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral au mois de décembre 2008. Trente-six pays¹ ont répondu, totalisant 2 634 000 patients bénéficiant d'un traitement antirétroviral, soit 65% des quelque 4 millions de personnes qui suivaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en décembre 2008. Dans ces 36 pays, 93% des patients sous traitement étaient des adultes (2 450 000) et 7% des enfants (184 000).

La première conclusion est que la grande majorité des adultes (2 400 000 personnes) suivaient un schéma thérapeutique de première intention. Des informations sur les schémas précis de première intention utilisés étaient disponibles pour 98% des adultes ; 99% suivaient un traitement de première intention conforme aux recommandations de l'OMS (8). Une majorité d'adultes (45%) (figure 4.9) recevaient une association de stavudine (d4T) + lamivudine (3TC) + névirapine (NVP), suivis par zidovudine (AZT) + 3TC + éfavirenz (EFV) (18% des patients), AZT + 3TC + NVP (17%), d4T + 3TC + EFV (11%) et enfin des schémas à base de ténofovir (TDF) (8%). Ces schémas comprenaient TDF + emtricitabine (FTC) + NVP (3%), TDF + FTC + EFV (3%), TDF + 3TC + NVP (1%) et TDF + 3TC + EFV (1%). Au total, 67% des adultes qui

¹ Les 36 pays ayant répondu sont les suivants : Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Chine, Côte d'Ivoire, Djibouti, Éthiopie, Ghana, Guyana, Inde, Iran (République islamique d'), Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, Pakistan, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Soudan, Swaziland, Tchad, Togo, Ukraine, Zambie et Zimbabwe.

Figure 4.9. Principaux schémas thérapeutiques de première intention prescrits aux 2,4 millions d'adultes vivant dans 36 pays à revenu faible ou intermédiaire, décembre 2008



* Schémas à base de TDF : TDF + FTC + NVP (3%), TDF + FTC + EFV (3%), TDF + 3TC + NVP (1%) et TDF + 3TC + EFV (1%).

suivaient un traitement de première intention recevaient de la névirapine comme composant non-nucléoside contre 32% qui prenaient de l'éfavirenz.

Seuls 2% (51 000) des patients adultes dans la population étudiée suivaient des schémas thérapeutiques de deuxième intention. On disposait d'informations sur les schémas précis utilisés pour 50 000 d'entre eux et il en ressort que 81% suivaient des schémas conformes aux recommandations de 2006 de l'OMS (8). Le lopinavir/ritonavir (LPV/r) était le principal inhibiteur de protéase, utilisé par 93% des adultes sous schéma thérapeutique de deuxième intention. Parmi les autres inhibiteurs de protéase figuraient indinavir/par le ritonavir (1%) et saquinavi/ritonavir (1%). Une majorité d'adultes prenaient TDF + FTC + LPV/r ou TDF + 3TC + LPV/r (35%), suivi par AZT + FTC + TDF + LPV/r ou AZT + 3TC + TDF + LPV/r (17%), abacavir (ABC) + didanosine (ddi) + LPV/r (15%), AZT + 3TC + LPV/r (8%), AZT + ddi + LPV/r (5%) (figure 4.10).

LPV/r (15%), AZT + 3TC + LPV/r (8%), AZT + ddi + LPV/r (5%) (figure 4.10).

Dans les pays ayant répondu à l'enquête, la grande majorité des enfants (97%) suivaient des schémas thérapeutiques de première intention (178 000), avec des informations précises pour 99% d'entre eux. Environ 173 000 enfants suivaient un traitement de première intention conforme aux recommandations de l'OMS (8). Les associations les plus fréquemment prescrites étaient les suivantes : D4T + 3TC + NVP (41%), suivie d'AZT + 3TC + NVP (37%), AZT + 3TC + EFV (12%) et d4T + 3TC + EFV (7%) (figure 4.11). La répartition entre les schémas contenant de l'AZT (51%) et de la d4T (48%) est presque égale. Au total, 79% des enfants suivant un schéma de première intention prenaient de la NVP comme composant non nucléoside, contre 19% qui recevaient de l'EFV.

Figure 4.10. Principaux schémas thérapeutiques de deuxième intention prescrits aux adultes [n= 51 135] dans 36 pays à revenu faible ou intermédiaire, décembre 2008

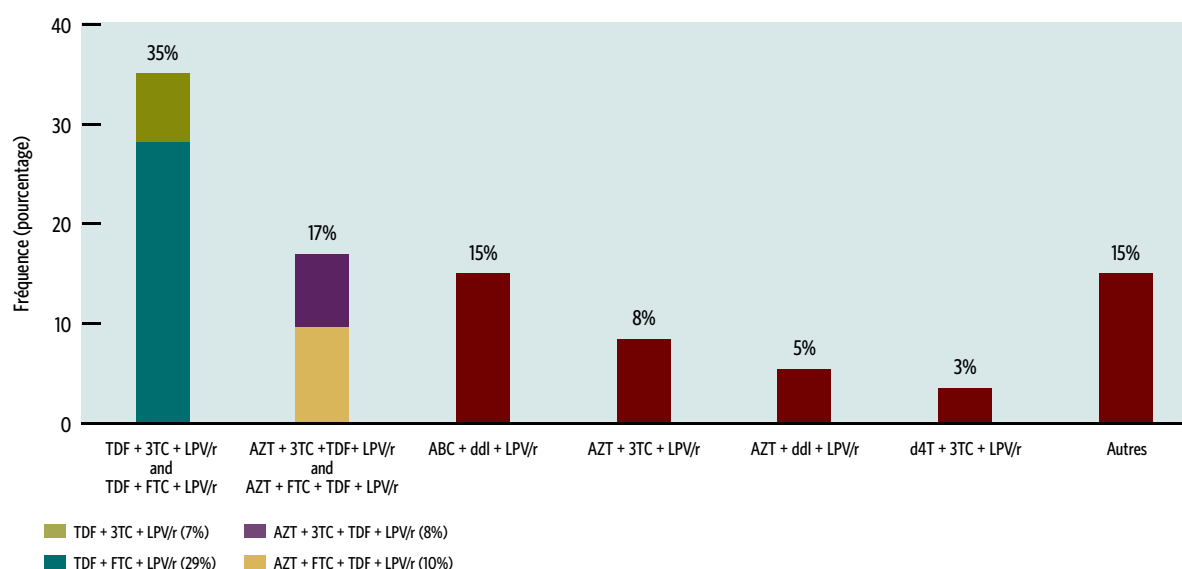


Figure 4.11. Schémas thérapeutiques de première intention prescrits aux enfants [n=177 064] dans 36 pays à revenu faible ou intermédiaire, décembre 2008

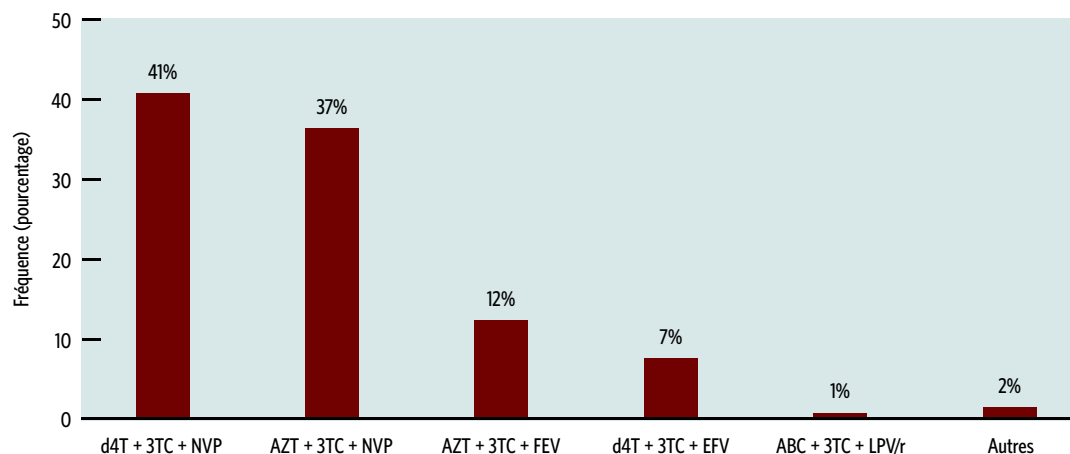
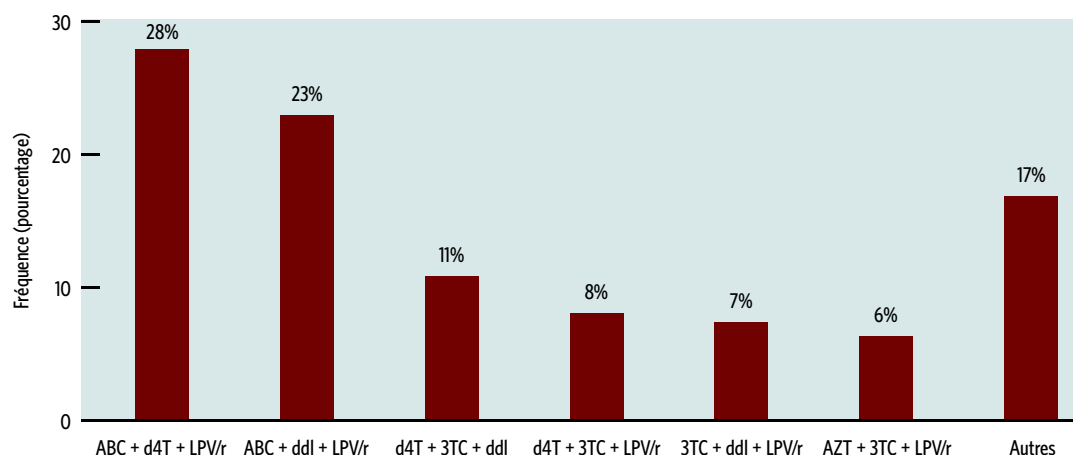


Figure 4.12. Schémas thérapeutiques de deuxième intention prescrits aux enfants [n=5997] dans 35 pays à revenu faible ou intermédiaire, décembre 2008



Dans la population étudiée, 3% des enfants (environ 6000) suivaient un traitement de deuxième intention. Des renseignements sur les schémas précis étaient disponibles pour 98% d'entre eux. Les schémas les plus fréquents associaient ABC + d4T + LPV/r (28%) suivis de ABC + ddl + LPV/r (23%), d4T + 3TC + ddl (11%), d4T + 3TC + LPV/r (8%), 3TC + ddl + LPV/r (7%) et AZT + 3TC + LPV/r (6%) (figure 4.12). LPV/r était l'inhibiteur de protéase prédominant et prescrit à 83% des enfants suivant un traitement de deuxième intention. Les 17% restants suivaient un schéma de deuxième intention sans inhibiteur de protéase, que les recommandations de l'OMS considèrent comme la clé de voûte des schémas de deuxième intention (8).

Avec un million de patients sous traitement antirétroviral de plus en décembre 2008 que 12 mois avant, le marché des médicaments antirétroviraux continue de s'étendre rapidement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. L'utilisation de la plupart des médicaments antirétroviraux a augmenté en 2008 pour les schémas de première et deuxième intention aussi bien chez les adultes que chez les enfants. Néanmoins, la proportion d'adultes suivant des schémas de deuxième intention est demeurée faible en 2008, ne dépassant pas 2% des adultes sous traitement antirétroviral dans les pays ayant répondu au questionnaire. Les deux enquêtes précédentes réalisées par le Service des médicaments et des diagnostics du sida ont rapporté des résultats similaires en 2007 (3%) et 2006 (4%). Il peut y avoir de nombreuses explications à ces tendances, notamment l'efficacité durable de la plupart des schémas de première intention, la capacité limitée des pays à diagnostiquer l'échec thérapeutique, aboutissant à un pourcentage plus modeste de passage à un traitement de deuxième intention ; ou la faible disponibilité des médicaments de deuxième intention, en partie du fait de leur prix.

Le tableau 4.7 résume les principaux résultats sur les tendances dans l'utilisation des médicaments antirétroviraux

Tableau 4.7. Tendances de l'utilisation de médicaments antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ayant présenté un rapport à l'OMS, 2006-2008

Principaux paramètres	2006	2007	2008
Proportion de patients sous traitement de première intention	96%	97%	98%
Proportion de patients sous traitement de deuxième intention	4%	3%	2%
Utilisation de la d4T dans les schémas de première intention	69%	63%	56%
Utilisation de l'Azt dans les schémas de première intention	25%	24%	35%
Utilisation du TDF dans les schémas de première intention	< 1%	1.5%	8%
Utilisation du TDF dans les schémas de deuxième intention	4%	14%	56%

Source: Renaud-Thery et al. (57) et Vers un accès universel. Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation (2).

chez les adultes, de 2006 à 2008. L'analyse préliminaire des données de 2008 confirme certaines des tendances observées en 2007. En 2008, les données ont montré un accroissement net dans l'utilisation du TDF, avec 8% des adultes qui recevaient du TDF dans les schémas de première intention et 56% des adultes qui en recevaient dans les traitements de deuxième intention, contre 1.5% et 14% en 2007 et moins de 1% et 4% en 2006 respectivement. Les données révèlent également une diminution de l'utilisation de la d4T, avec 56% des adultes qui prenaient un schéma de première intention contenant de la d4T en 2008, 63% en 2007 et 69% en 2006. L'utilisation de l'Azt est passée de 24% en 2007 et 25% en 2006 à 35% des adultes sous traitement de première intention en 2008.

Une augmentation de l'utilisation des médicaments de deuxième intention, de l'Azt, et du TDF dans les schémas de première et deuxième intention suppose une augmentation du coût des médicaments pour les programmes de traitement du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (voir section 4.1.6 pour les prix des médicaments). Cela représente un défi majeur pour les programmes des pays,

les autorités nationales et la communauté internationale du développement, qui devront mobiliser des ressources additionnelles pour soutenir et élargir l'accès au traitement. Enfin, les résultats de l'enquête mettent en évidence l'évolution des recommandations sur le traitement au niveau national. Des 36 pays répondants, 16 ont affirmé qu'ils révisaient les protocoles de traitement des adultes et 19 pays ceux des enfants. Les changements les plus fréquemment rapportés dans les directives sur le traitement des adultes étaient l'introduction du TDF (neuf pays), un changement de la d4T comme option préférée de première intention (sept pays) et un relèvement du seuil des CD4 pour l'initiation du traitement à moins de 250 cellules par mm³ (deux pays) ou moins de 350 cellules par mm³ (quatre pays). Pour les directives sur le traitement des enfants, le principal changement indiqué était l'introduction du traitement antirétroviral dès la

confirmation de l'infection à VIH chez les nourrissons, quelle que soit la numération des CD4 (quatre pays), ainsi que l'OMS l'a recommandé en juin 2008 (58).

Les enquêtes de 2006, 2007 et 2008 ont aussi montré que la plupart des programmes nationaux de prise en charge du VIH suivent les recommandations de l'OMS sur le traitement (8), avec 99% et 81% des personnes recevant un traitement antirétroviral de première et deuxième intention respectivement, conformes aux recommandations de l'OMS. Ces recommandations seront révisées en 2009 (encadré 4.9), après une analyse des données scientifiques sur le moment optimal pour initier le traitement ainsi que le choix des médicaments. L'OMS continuera d'informer sur l'évolution des tendances dans l'utilisation des schémas thérapeutiques antirétroviraux.

Encadré 4.9. Quand commencer ? Révision des recommandations de l'OMS sur le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent

Les recommandations actuelles de l'OMS sur le traitement antirétroviral pour l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent (8) conseillent aux adultes vivant avec le VIH dans des environnements à ressources limitées de commencer le traitement antirétroviral quand l'infection a été confirmée et qu'ils présentent des signes de maladie clinique sévère ou avancée ou lorsque les tests de laboratoire confirment une immunodépression sévère ou avancée. Néanmoins, le point idéal d'instauration du traitement chez les personnes asymptomatiques avec une numération des CD4 supérieure à ce niveau n'a pas été établi. Ces recommandations utilisent une approche de santé publique pour élargir le traitement antirétroviral sur la base de schémas thérapeutiques types et d'une simplification de la prise en charge et du suivi des patients sous traitement antirétroviral (8).

La question du moment optimal pour démarrer le traitement antirétroviral a pris de l'importance dans les récents débats scientifiques car des indices recueillis par des études menées dans les pays à revenu élevé suggèrent que l'instauration plus précoce du traitement antirétroviral peut réduire l'apparition d'événements non liés au sida, notamment les complications oncologiques, cardiovasculaires, rénales et hépatiques. Certaines études donnent à penser que l'initiation du traitement devrait être envisagée chez les personnes avec une numération des CD4 inférieure à 350 cellules par mm³ ou même à des seuils plus élevés dans certaines situations (59-63). Ces données émergentes sont importantes pour influencer les futures révisions des recommandations internationales sur le traitement tout en évaluant la faisabilité et l'acceptabilité de tout changement dans les recommandations.

Au niveau de la population, les recommandations sur quand débiter un traitement antirétroviral doivent tenir compte de plusieurs facteurs. Les récentes données sur les avantages d'une initiation précoce sont fondées sur des cohortes dans les pays à revenu élevé et il n'est pas possible de supposer que ces avantages sont directement applicables aux personnes vivant avec le VIH dans tous les pays. Le taux de mortalité et la charge de morbidité diffèrent entre les environnements à revenu élevé et à ressources limitées. L'éventail disponible de médicaments antirétroviraux, leur rapport coût-efficacité et les options de suivi et d'appui au traitement peuvent aussi être plus limités dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les caractéristiques de toxicité des schémas préférés de première intention et la charge locale d'événements liés ou non au sida dans l'épidémie influenceront les décisions sur le moment opportun de commencer le traitement antirétroviral. Les données sur les cohortes dans les pays à faible revenu ont aussi montré que l'instauration du traitement se produit ultérieurement dans le cours de la maladie par rapport aux contextes à revenu élevé, principalement en raison du diagnostic tardif de l'infection à VIH, et le traitement est fréquemment commencé sur la base du seul statut clinique du fait de l'accès médiocre aux équipements de laboratoire. Différents essais randomisés actuellement en cours produiront des données plus probantes sur le moment optimal pour commencer le traitement.

Fin 2009, l'OMS dirigera une consultation d'experts pour étudier les nouveaux faits, graduer leur qualité en ce qui concerne la conception des études, la pertinence des résultats et la cohérence des conclusions ; et, le cas échéant, les révisera. Elle examinera non seulement les plus récentes données sur le seuil utilisé pour commencer le traitement, mais aussi la toxicité des schémas préférés de traitement de première intention, le choix des médicaments de deuxième intention en cas d'échec du traitement de première intention et les recommandations sur l'utilisation de la charge virale et des CD4 pour surveiller les résultats du traitement dans les environnements à ressources limitées. Elle se penchera sur les questions liées au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose ou l'hépatite virale et sur la situation particulière des femmes en âge de procréer et des consommateurs de drogues injectables.

Pour les programmes nationaux, toute augmentation du seuil de démarrage du traitement influera aussi sur le nombre global de patients qui auront besoin d'un traitement antirétroviral et les ressources requises pour parvenir aux objectifs de l'accès universel. Un modèle préliminaire indique qu'en commençant le traitement à un seuil de numération des CD4 inférieure à 275 cellules par mm³, les besoins en traitement pourraient s'accroître d'environ 50% et qu'un seuil inférieur à 350 cellules par mm³ pourrait doubler les besoins de traitement par rapport aux paramètres actuels. Si les estimations des besoins de traitement augmentent, les mesures actuelles de la couverture du traitement accuseront un recul.

4.1.8. Prix des médicaments antirétroviraux

Le GPRM (*Global Price Reporting Mechanism*), créé en 2004, est un système d'information sur le prix des transactions de médicaments antirétroviraux achetés dans 106 pays à revenu faible ou intermédiaire depuis janvier 2007 (64).

Les données montrent que les prix de la plupart des médicaments de première intention avaient diminué de 30-68% de 2004 à 2008 et de 10-40% de 2006 à 2008. Cette baisse a sensiblement contribué à élargir l'accès au traitement. Néanmoins, les prix demeurent élevés dans la plupart des pays d'Europe et de l'Asie centrale, de l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est et de l'Amérique latine. Le prix moyen des schémas thérapeutiques de deuxième intention reste onéreux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire dans toutes les régions (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 revenu¹

Le prix médian du traitement de première intention (présélectionné par l'OMS ou agréé/approuvé provisoirement par l'administration américaine des denrées alimentaires et des médicaments/FDA) payé dans les pays à faible revenu en 2008 allait, par patient et par an, de \$US 88 pour l'association la plus courante de d4T + 3TC + NVP à \$US 261 pour l'association à dose fixe AZT + 3TC plus éfavirenz (figure 4.13). Le coût médian pondéré des quatre

associations de première intention les plus fréquemment utilisées (qui représentent 91% des schémas thérapeutiques prescrits en première intention dans les pays à faible revenu) était de \$US 143 par personne et par an en 2008, soit 16% de moins que leur prix en 2007. La baisse du prix des médicaments enregistrée entre 2004 et 2008 (48%) est attribuable à l'élargissement suivi des programmes de traitement, à l'accroissement des volumes de transaction et à la possibilité de prévoir la demande, à la concurrence entre un nombre croissant de produits préqualifiés par l'OMS et aux politiques favorables d'établissement des prix des compagnies pharmaceutiques.

Le prix des formulations pour enfants (pesant 10 kg ou plus) a reculé encore plus vite, passant, par patient et par an de \$US 436 en 2004 à \$US 105 en 2008 pour le schéma le plus fréquemment prescrit d'AZT + 3TC + NVP. Cette baisse de prix peut de même être attribuée à une part de marché croissante des formulations pédiatriques, aux négociations réussies entre la Fondation William J. Clinton et les principaux fabricants de génériques et aussi au développement d'associations à doses fixes pour enfants.

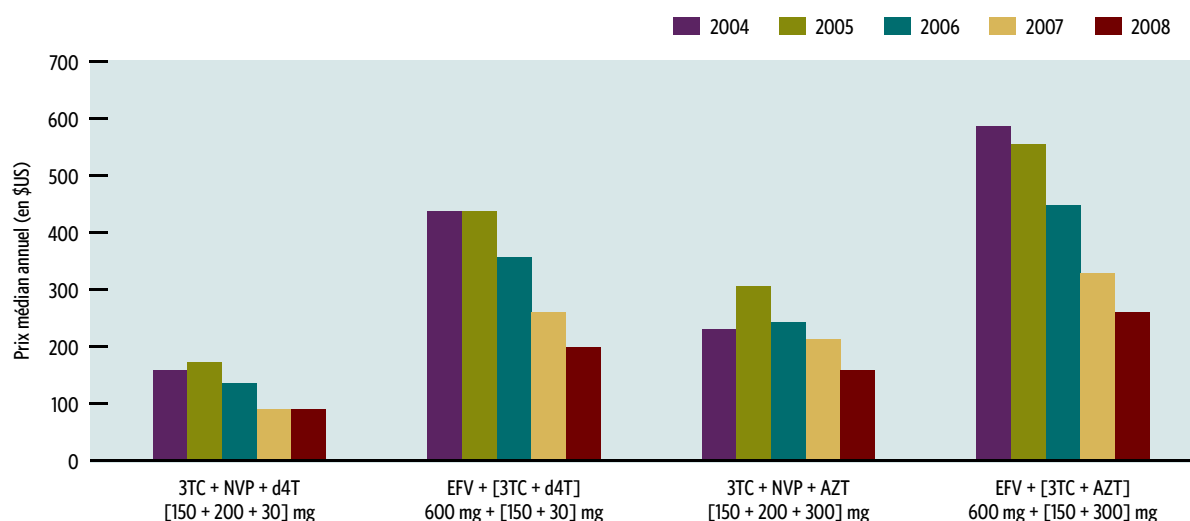
Prix des schémas thérapeutiques de première intention dans les pays à revenu moyen inférieur²

Les prix moyens des traitements de première intention ont sensiblement diminué dans les pays à revenu moyen inférieur et sont maintenant proches de ceux qui sont pratiqués dans les pays à faible revenu. En 2008, le prix médian allait, par patient et par an, de \$US 100 pour l'association la moins

¹ Pays avec un revenu national brut par habitant de \$US 935 ou moins.

² Pays avec un revenu national brut par habitant compris entre \$US 936 et \$US 3705.

Figure 4.13. Prix médian annuel (en dollars des États-Unis) des schémas thérapeutiques de première intention dans les pays à faible revenu par an, 2004-2008



coûteuse de dT4 + 3TC + NVP à \$US 293 pour le schéma le plus onéreux d'AZT + 3TC + EFV (figure 4.14). La même année, le coût médian pondéré des quatre associations de première intention les plus fréquemment utilisées était de \$US 162 par personne et par an, soit une baisse de 22% par rapport au prix de 2007.

Le prix des formulations pour enfants (pesant 10 kg ou plus) a diminué plus rapidement, passant, par patient et par an, de \$US 235 en 2004 à \$US 105 en 2008 pour l'association la plus fréquemment utilisée d'AZT + 3TC + NVP.

Prix des schémas thérapeutiques de première intention dans les pays à revenu moyen supérieur¹

Les prix moyens des schémas thérapeutiques de première intention ont aussi sensiblement diminué dans les pays à revenu moyen supérieur et sont maintenant proches de ceux qui sont pratiqués dans les pays à revenu faible et moyen inférieur. En 2008, le prix médian par personne et par an allait de \$US 110 pour l'association la moins chère (d4T + 3TC + NVP) à \$US 289 pour le schéma le plus onéreux (AZT

¹ Pays avec un revenu national brut par habitant compris entre \$US 3706 et \$US 11 455.

Figure 4.14. Coût médian annuel (en dollars des États-Unis) des schémas de traitement antirétroviral de première intention dans les pays à revenu moyen inférieur par an, 2004-2008

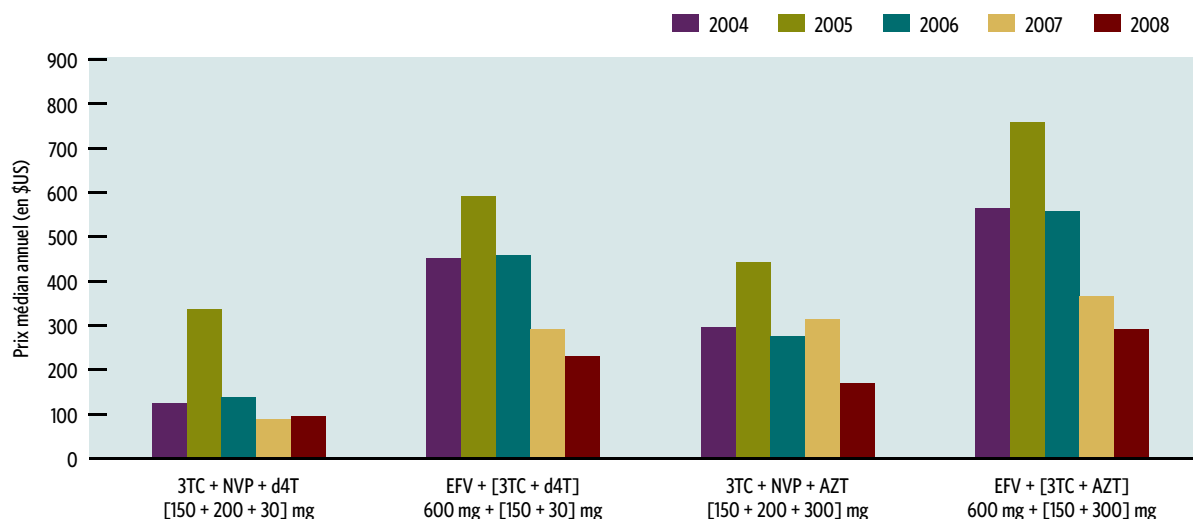
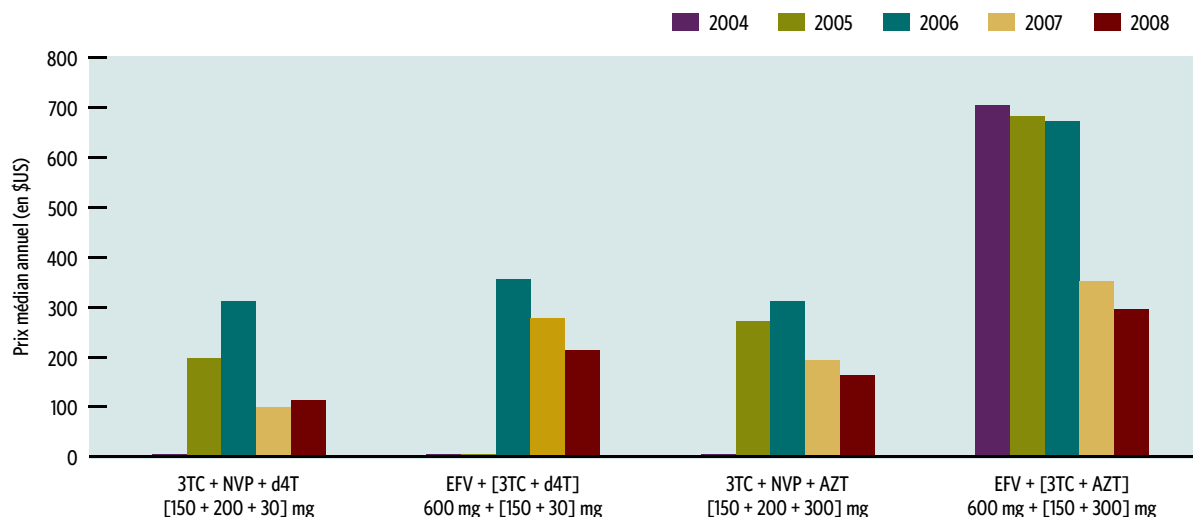


Figure 4.15. Prix médian (en dollars des États-Unis) des schémas de traitement antirétroviral de première intention dans les pays à revenu moyen supérieur par an, 2004-2008



+ 3TC + EFV (figure 4.15). La même année, le prix médian pondéré des quatre associations de première intention les plus fréquemment utilisées était de \$US 161 par personne et par an. Le prix des formulations pour enfants (pesant 10 kg ou plus) a diminué, passant de \$US 785 par personne et par an à \$US 221 pour la formulation la plus souvent prescrite (AZT + 3TC + NVP).

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

Les prix moyens des schémas de deuxième intention ont aussi diminué, mais ils restent nettement plus chers que les traitements de première intention dans les pays à revenu faible, moyen inférieur et moyen supérieur. En 2008, le prix médian par personne et par an de l'association la plus onéreuse (ddI + ABC + LPV/r) était de \$US 1105 dans les pays à faible revenu, de \$US 2192 dans les pays à revenu moyen inférieur et de \$US 2634 dans les pays à revenu moyen supérieur. Le prix médian du schéma le plus fréquemment utilisé (TDF + FTC + LPV/r) par personne et par an était de \$US 819 dans les pays à faible revenu, de \$US 1479 dans les pays à revenu moyen inférieur et de \$US 1677 dans les pays à revenu moyen supérieur. Les prix réellement versés pour les schémas de deuxième intention varient sensiblement entre pays.

La baisse du prix des schémas thérapeutiques de deuxième intention entre 2004 et 2008 est attribuable à la présélection de substituts génériques pour LPV/r, TDF et ABC et à l'expansion des programmes de traitement, à la concurrence accrue entre les produits préqualifiés par

l'OMS et aux nouvelles politiques d'établissement des prix pratiquées par les compagnies pharmaceutiques. À mesure que le nombre 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.

4.2. Préventions, soins et prise en charge de la coinfection VIH/tuberculose¹

Le problème de la tuberculose liée au VIH est une grave menace pour la riposte du secteur de la santé au VIH. Les données récentes montrent que, sur les 9,27 millions de nouveaux cas de tuberculose dans le monde en 2007, quelque 1,37 million concernaient des personnes vivant avec le VIH (encadré 4.11). Près de 456 000 personnes vivant avec le VIH sont mortes de la tuberculose en 2007, soit 23% des 2 millions de décès liés au VIH cette année-là. Les estimations révisées de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH suggèrent aussi que le risque de contracter la tuberculose est de 20 à 37 fois plus élevé chez les personnes vivant avec le VIH que dans la population générale, selon la prévalence du VIH dans la population. Dans certains pays de l'Afrique subsaharienne, jusqu'à 80% des malades de la tuberculose sont également séropositifs au VIH.

La majorité des cas de coinfection VIH et tuberculose continue de revenir à l'Afrique subsaharienne. En 2007, cette région abritait près de 79% des personnes dont on estimait qu'elles vivaient avec le VIH et la tuberculose, dont un quart en Afrique du Sud. L'Asie du Sud-Est, principalement l'Inde, représente 11% des cas restants (figure 4.16).

Encadré 4.10. Pharmacovigilance

L'élargissement rapide du traitement antirétroviral doit s'accompagner de la mise en œuvre d'une pratique solide de pharmacovigilance pour déceler les manifestations indésirables, garantir une notification cohérente et soutenir la sécurité des patients et la prise en charge clinique. En 2008, l'OMS a lancé un projet pour améliorer la sécurité des médicaments antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le projet, financé par la Fondation Bill et Melinda Gates, souhaite développer et harmoniser des définitions et des outils de pharmacovigilance des médicaments antirétroviraux, soutenir les pays prioritaires, formuler un programme de recherche et améliorer le partage et la diffusion de l'information. Les activités de pharmacovigilance bénéficieront d'un partenariat avec d'autres programmes liés à l'OMS (comme ceux qui concernent les médicaments essentiels, la santé maternelle, la recherche sur le paludisme et les maladies tropicales), des groupes de recherche et des autorités régulatrices au sein des pays, ainsi que des organisations non gouvernementales.

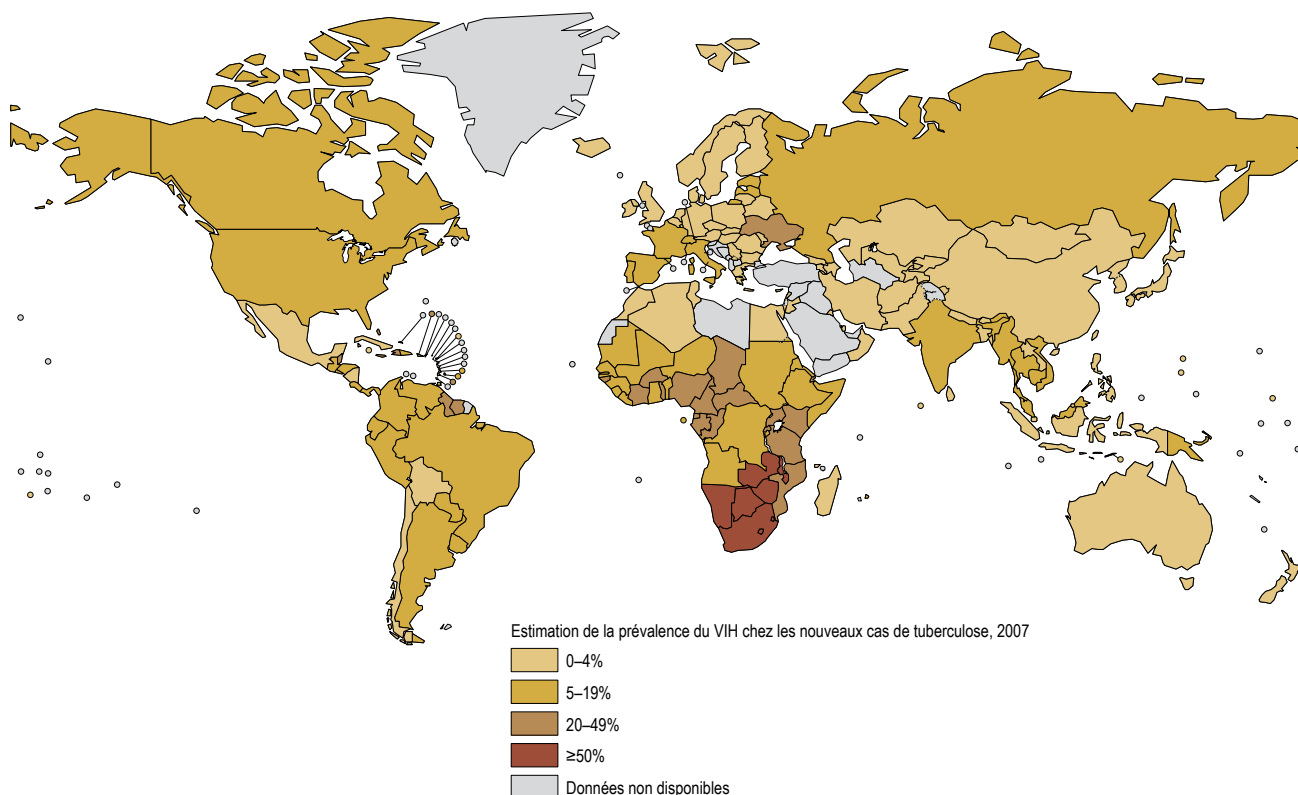
Le projet guidera la rédaction de recommandations sur le traitement et aidera à identifier plus précisément les infrastructures de laboratoire et de diagnostic nécessaires pour améliorer la prise en charge du traitement antirétroviral. En améliorant et en harmonisant la détection et la notification des réactions indésirables et de la toxicité, il contribuera aussi à approfondir les connaissances sur les effets secondaires ; ces incidents sont actuellement sous-déclarés et leur importance demeure inconnue dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les données sur les formes de tuberculose résistantes aux médicaments montrent que, des 9,27 millions de nouveaux cas de tuberculose en 2007, près de 0,5 million étaient multirésistants. La région d'Europe et de l'Asie centrale est particulièrement touchée. Des 27 pays qui représentent 85% des cas de tuberculose multirésistante dans le monde, 15 se trouvent dans la région OMS de l'Europe. De plus, 55 pays et territoires ont notifié au moins un cas de tuberculose ultrarésistante en 2007. Les personnes vivant avec le VIH courent un risque accru de contracter des formes résistantes aux médicaments en raison de la difficulté et du retard du diagnostic, du manque d'accès au traitement antirétroviral et des complications du traitement concomitant contre la tuberculose et le VIH, de la médiocre application de la thérapie préventive à l'isoniazide et des mesures insuffisantes de lutte contre l'infection tuberculeuse, avec une mortalité accrue et des durées de survie nettement écourtées (65-67).

Les activités de collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH sont essentielles pour prévenir, diagnostiquer et traiter la tuberculose chez les personnes séropositives au VIH. Ces activités comprennent la création de mécanismes

¹ Cette section s'inspire largement de *Global tuberculosis control 2009 – epidemiology, strategy, financing* qui a fourni des données de 2007 (68). Les autres références sont citées dans le texte.

Figure 4.16. Estimation de la prévalence du VIH (en pourcentage) chez les personnes nouvellement infectées par la tuberculose, 2007



Encadré 4.11. Estimations révisées du nombre de malades de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH

L'estimation du nombre de cas de tuberculose et de décès dus à cette maladie parmi les personnes séropositives au VIH en 2007 est près de deux fois le chiffre publié les années précédentes. Ces estimations révisées ne traduisent pas un accroissement du nombre de nouveaux cas de tuberculose, mais une révision à la hausse de la proportion de personnes infectées par la tuberculose qui vivent avec le VIH. Ces estimations sont fondées sur des données plus nombreuses de la prévalence du VIH chez les malades de la tuberculose qui sont devenues disponibles en 2007. Ces données provenaient aussi bien des programmes que des rapports de surveillance. Ainsi, l'expansion du conseil et dépistage à l'initiative du soignant a procuré des données dignes de foi sur la prévalence du VIH parmi les malades de la tuberculose dans 49 pays en 2007 contre seulement 13 pays en 2006. De plus, 15 pays supplémentaires ont aussi produit des mesures nationales spécifiques de la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux, par le biais d'enquêtes ou de surveillance sentinelle. Ces mesures directes dans ces 64 pays ont permis d'estimer plus précisément le nombre de personnes vivant avec le VIH qui avaient la tuberculose et qui étaient mortes de la tuberculose en 2007.

Les données ont aussi servi à recalculer les estimations précédentes du nombre de cas et de décès afin d'analyser les tendances. Une meilleure couverture de la surveillance du VIH chez les malades de la tuberculose et un meilleur suivi des programmes nationaux de VIH permettront de relever encore la qualité de ces données à l'avenir.

de collaboration (comme des organes de coordination, de planification, de surveillance, ainsi que de suivi et d'évaluation conjoints) ; réduire la charge de morbidité due à l'infection VIH chez les patients tuberculeux (avec le conseil et le dépistage du VIH, la thérapie préventive au cotrimoxazole, le traitement antirétroviral et la prévention, les soins et le soutien en matière de VIH) ; et réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA (avec la stratégie des « trois I » : intensification du dépistage des cas de tuberculose, introduction du traitement préventif à l'isoniazide et lutte contre l'infection tuberculeuse).

Mécanismes conjoints de collaboration

Les progrès dans l'élaboration de politiques et de mécanismes de collaboration ont été analysés par 63 pays prioritaires qui représentent collectivement 99% des cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH dans le monde¹. Parmi ces pays, le nombre de ceux qui comptent un organe de coordination pour les activités VIH/tuberculose en collaboration est passé de 35 en 2005 à 44 en 2007 (soit 70% de l'estimation totale de cas de tuberculose chez les personnes avec le VIH dans les pays ayant présenté des données) et, pendant la même période, le nombre de pays avec des plans conjoints a augmenté de 34 à 42. Quarante-six pays (88% de l'estimation totale de cas de tuberculose

¹ Il s'agit de 41 pays qui ont été identifiés comme prioritaires au niveau mondial en 2002 et qui représentent 97% de l'estimation des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose dans le monde, plus 22 autres pays identifiés par l'ONUSIDA comme ayant une épidémie généralisée de VIH.

chez les personnes avec le VIH dans les pays ayant présenté un rapport) ont mené une surveillance du VIH chez les malades de la tuberculose en 2007 contre 28 pays en 2005.

Réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux et leur communauté

Les services de conseil et de dépistage du VIH servent de points d'entrée pour l'accès à la prévention, au traitement et aux soins et le test est recommandé à toute personne présentant des signes et symptômes de la tuberculose et aux patients tuberculeux confirmés. Ces dernières années, des progrès substantiels ont été accomplis pour élargir le conseil et le dépistage du VIH pour les malades de la tuberculose. Le nombre de pays qui disposent d'une politique de conseil et dépistage du VIH des personnes tuberculeuses dans les 63 pays prioritaires pour le VIH/tuberculose, qui représentent 99% de la charge mondiale VIH/tuberculose, est passé de 38 en 2005 à 52 en 2007 (couvrant 96% des malades tuberculeux dont on estime qu'ils vivent avec le VIH).

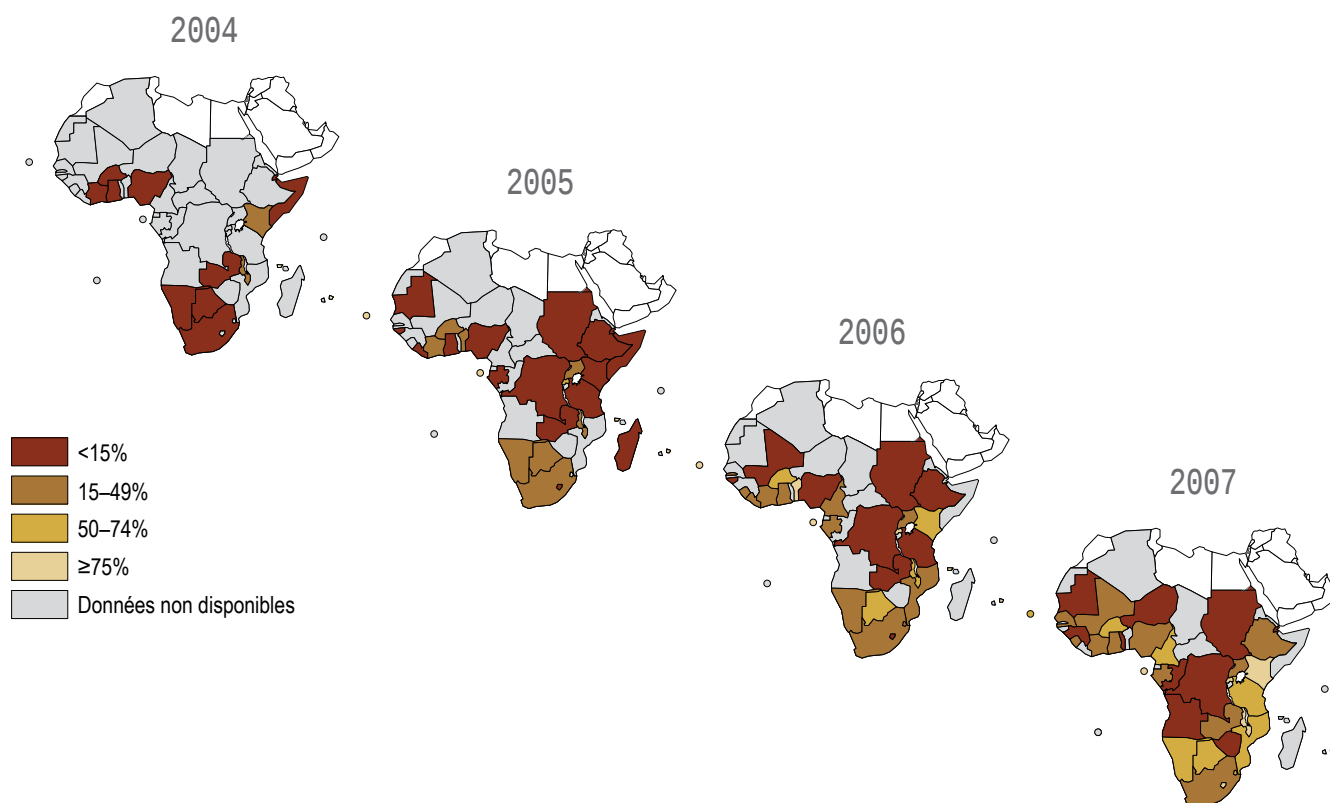
Les données sur la couverture des programmes sont analysées pour tous les pays qui ont envoyé des informations. Près d'un million de personnes avec la tuberculose (16%

des cas notifiés de tuberculose) connaissaient leur statut sérologique dans les 135 pays ayant présenté des informations en 2007, contre environ 700 000 personnes dans 112 pays en 2006 et 22 000 personnes dans neuf pays en 2002. En Afrique subsaharienne, près de 492 000 malades de la tuberculose connaissaient leur statut sérologique en 2007, soit 37% des cas déclarés et une multiplication presque par dix depuis 2004 (figure 4.17). Parmi les pays de cette région qui enregistrent une forte prévalence du VIH chez les malades de la tuberculose, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Rwanda et le Swaziland ont atteint des taux élevés de dépistage du VIH en 2007. C'est ainsi qu'au Kenya, 79% des malades tuberculeux déclarés ont bénéficié d'un test du VIH en 2007, contre 60% en 2006.

Le nombre de patients tuberculeux qui connaissaient leur statut sérologique a aussi augmenté dans d'autres régions. En Inde, plus de 80 000 personnes avec la tuberculose ont réalisé le dépistage du VIH.

Le traitement antirétroviral est une intervention prioritaire, capable de sauver la vie des personnes vivant avec le VIH. Des études et des activités de modélisation suggèrent que

Figure 4.17. Taux de dépistage du VIH chez les malades de la tuberculose dans des pays de l'Afrique subsaharienne



l'initiation précoce du traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH qui développent la tuberculose pourrait réduire la mortalité et l'incidence de la tuberculose (69–73).

Le nombre de personnes vivant avec le VIH et la tuberculose qui ont suivi un traitement antirétroviral dans tous les pays ayant transmis des données a augmenté, passant d'environ 67 000 dans 69 pays en 2006 à près de 90 000 dans 73 pays en 2007 et à 125 000 dans 77 pays en 2008. Sur ce chiffre, 105 000 personnes vivaient en Afrique subsaharienne, 12 000 en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, 7 000 en Amérique latine et aux Caraïbes, 1 000 en Europe et Asie centrale et 150 en Afrique du Nord et au Moyen-Orient. Cela représente 16% du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH et la tuberculose dans les pays ayant transmis des données, ce qui est beaucoup plus faible que l'estimation d'ensemble de la couverture du traitement antirétroviral dans le monde. Compte tenu des indices allant dans le sens d'un accès élargi des personnes tuberculeuses au dépistage, des avantages évidents du traitement antirétroviral pour ces malades et des liens plus étroits entre les services de tuberculose et de VIH, cet écart peut refléter la faiblesse de la notification de l'accès aux soins des personnes avec le VIH et la tuberculose dans les sites qui assurent des services de prise en charge du VIH. Il peut aussi révéler les difficultés de la prise en charge du traitement antirétroviral chez les personnes avec la tuberculose.

Le cotrimoxazole a prouvé qu'il réduisait la morbidité et la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose. L'administration de ce traitement préventif est aussi en augmentation ces dernières années. Le nombre

total de personnes vivant avec le VIH et la tuberculose qui ont été traitées avec du cotrimoxazole dans tous les pays ayant transmis des données a augmenté de 38%, de 145 000 en 2006 (55 pays) à près de 200 000 en 2007 (60 pays). Néanmoins, ces données suggèrent aussi que le dépistage du VIH seul peut ne pas garantir l'accès à d'autres services de prévention, de traitement et de soins du VIH.

Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA

En 2008, une consultation d'experts organisée par l'OMS a pris acte de la mise en œuvre limitée des interventions pour réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA et a souligné l'importance de trois actions prioritaires de santé publique pour prévenir et traiter la tuberculose parmi cette population : les « trois I », à savoir le traitement préventif à l'isoniazide, l'intensification de la recherche de cas et la lutte contre l'infection tuberculeuse (74). Les données disponibles montrent que les pays s'efforcent d'étendre chacune de ces interventions et de communiquer leurs progrès ; néanmoins, beaucoup de pays n'ont pas encore commencé à appliquer cette stratégie (encadré 4.12).

L'intensification de la recherche de cas de tuberculose est une mesure capitale pour donner accès aux services de santé à ceux qui en ont besoin. L'information sur les politiques de lutte contre la tuberculose montre que parmi les 63 pays prioritaires représentant 99% de la charge mondiale de VIH/tuberculose, 52 pays avaient des politiques d'intensification de la recherche des cas de tuberculose chez les personnes avec le VIH en 2007, contre 44 en 2006 et 24 en 2005.

Encadré 4.12. Soutenir la mise en œuvre et le suivi des « trois I » pour le VIH et la tuberculose

La stratégie de l'OMS pour la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) et les outils liés soutiennent une approche intégrée des soins de santé primaires et du renforcement des systèmes de santé sur la base des apports cliniques, logistiques et de gestion afin de renforcer le système de santé du district ou le réseau du district.

Depuis 2006, l'ensemble intégré d'outils a été élargi pour inclure des services intégrés de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (avec un traitement antirétroviral administré par le biais des consultations prénatales) et des interventions pour la coinfection VIH/tuberculose (75). Le module clinique de prise en charge conjointe du VIH et de la tuberculose et de lutte contre l'infection tuberculeuse a été mis au point pour les prestataires de soins au niveau primaire dans les centres de santé et les dispensaires ambulatoires des hôpitaux de district. Ces outils de soins primaires opérationnalisent des recommandations actualisées pour les prestataires de services en matière de VIH afin d'accélérer l'application des « trois I ». Ils aident les agents de santé à recommander le conseil et le dépistage aux malades confirmés et suspectés de la tuberculose et à dispenser une formation à base factuelle sur les symptômes qui doivent faire penser à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Ils leur permettent aussi de rechercher les symptômes de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH pendant la visite initiale et à chaque visite de suivi, de prendre en charge conjointement la tuberculose et le VIH et de mettre en œuvre des mesures essentielles de lutte contre l'infection tuberculeuse dans leurs établissements de santé. Des 35 pays utilisant la PCIMAA, 11 (représentant 30% des cas estimés de tuberculose liée au VIH dans le monde) ont déjà adapté les modules VIH/tuberculose.

Le document *Trois Systèmes Interconnectés de Suivi du Patient pour les Soins VIH/TAR, SME/PTME (y compris la prévention contre le paludisme pendant la grossesse), et la TB/VIH* préparé conjointement par l'OMS, l'UNICEF, l'ONUSIDA, les Centres for Disease Control and Prevention des États-Unis et d'autres partenaires soutient donc le suivi de la thérapie préventive de la tuberculose, le dépistage de la tuberculose et le traitement conjoint de la tuberculose et du VIH dans le cadre des services de prise en charge du VIH. De plus, les outils de suivi révisés des soins et du traitement antirétroviral du VIH font une place au dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Ces outils liés sont essentiels pour perfectionner les interventions par une approche globale, en particulier dans les pays où les personnes avec le VIH, même celles qui suivent un traitement antirétroviral, connaissent une mortalité élevée par la tuberculose.

Une comparaison des pays ayant transmis des informations en 2007 et 2008 dégage des avancées non négligeables dans le taux de notification¹. Trente-sept pays (avec 29% de la charge estimée de VIH/tuberculose dans le monde) ont informé que 322 000 personnes vivant avec le VIH avaient bénéficié d'un dépistage de la tuberculose en 2008 contre 38 000 dans 30 pays (2% de la charge mondiale VIH/tuberculose) en 2007. Neuf pays qui ont transmis des données à la fois pour 2007 et 2008 montrent une augmentation d'environ 30% dans la recherche intensifiée des cas. Néanmoins, sept des dix pays abritant 68% des cas estimés de tuberculose liée au VIH dans le monde n'ont pas communiqué d'informations sur le dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH en 2008. Par conséquent, même si les pays ont été plus nombreux à renseigner sur cet indicateur, le taux actuel de notification demeure insuffisant pour analyser la couverture mondiale de la recherche intensifiée de cas de tuberculose en 2008.

La politique de l'OMS recommande également d'administrer un traitement préventif à l'isoniazide aux personnes vivant avec le VIH. L'information sur les politiques nationales

montre que parmi les 63 pays prioritaires, le nombre de ceux qui disposent de politiques liées à ce traitement a augmenté marginalement de 24 pays en 2005 à 29 en 2007. Dans beaucoup de pays, la volonté d'étendre cette intervention essentielle et les activités requises pour y parvenir continuent de faire défaut.

Les données sur le traitement préventif à l'isoniazide prescrit aux personnes vivant avec le VIH révèlent aussi des améliorations dans la notification et dégagent quelques progrès. Si l'on compare les données rapportées en 2007 et 2008, on s'aperçoit que le nombre déclaré de personnes avec le VIH suivant une thérapie préventive à l'isoniazide a été multiplié par 11 environ, de 5000 en 2007 (25 pays représentant 3% de la charge mondiale de VIH/tuberculose) à 62 000 personnes en 2008 (18 pays représentant 18% de la charge mondiale de VIH/tuberculose). Dans six pays qui ont indiqué qu'ils administraient de l'isoniazide en 2007 et 2008, le nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont bénéficié de ce traitement est passé de 2000 à 3100. Néanmoins, une fois de plus, des dix pays avec l'estimation la plus élevée de la charge de tuberculose liée au VIH, huit n'ont pas fourni de chiffres en 2008, ce qui rend difficile d'évaluer la situation mondiale à la fin de l'année.

¹ Données transmises par les pays à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en réponse au questionnaire annuel de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2008 et 2009.

Encadré 4.13. Améliorer les systèmes de suivi et d'évaluation des interventions en matière de VIH/tuberculose

Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (interventions pour réduire la charge de morbidité due au VIH chez les malades de la tuberculose) et les programmes nationaux de lutte contre le VIH (interventions pour réduire la charge de morbidité due à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH) créent des données sur les progrès accomplis pour réaliser les objectifs en matière de tuberculose et de VIH. Bien que toutes ces données aillent dans le sens d'améliorations régulières de la transmission des informations, elles mettent aussi en lumière des limitations dans les systèmes de notification des données et soulèvent des questions qui devront être abordées ces prochaines années.

Il convient d'interpréter avec prudence les informations concernant l'application des « trois I » pour réduire la charge de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. En dépit d'améliorations visibles dans le suivi au niveau national et les activités de notification des données ces deux dernières années, la plupart des pays ne possèdent toujours pas la capacité d'envoyer des rapports ponctuels et de qualité au niveau national. Même si le nombre déclaré de personnes vivant avec le VIH qui ont bénéficié d'un dépistage de la tuberculose et ont reçu un traitement préventif à l'isoniazide augmente, il est délicat d'évaluer la proportion exacte des personnes qui bénéficient effectivement des services dont elles ont besoin, en raison des faiblesses dans les systèmes de notification des données.

Outre le manque de complétude des rapports, les analyses des informations nationales font aussi apparaître des incohérences entre les données sur les « trois I » transmises à l'OMS par le biais des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et celles qui lui parviennent des programmes nationaux de lutte contre le VIH. En 2007, pour les mêmes indicateurs relatifs aux interventions VIH/tuberculose menées en collaboration, davantage de pays ont fourni des données par le truchement des programmes sur la tuberculose que par les programmes sur le VIH. Par exemple, en 2007, 84 pays ont transmis des données à l'OMS sur le dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ; ils représentaient 65% du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH et la tuberculose dans le monde. Sur ces 84 pays, 54 ont transmis des résultats par l'intermédiaire des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, 13 par les programmes nationaux de lutte contre le VIH et 17 par les deux.

Ces différences dans les taux de notification confirment combien il est urgent de renforcer les capacités des programmes nationaux de prise en charge du VIH et de créer des synergies avec les programmes établis de longue date en matière de tuberculose. Depuis 2002, le programme de l'OMS sur la tuberculose recueille ces données auprès des programmes nationaux de prise en charge du VIH par le biais des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le programme de l'OMS sur le VIH a commencé à recueillir ces données directement auprès des programmes nationaux de prise en charge du VIH en 2006, en réponse aux engagements internationaux en matière de surveillance et d'information sur les progrès vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH. La communauté internationale soutient les efforts nationaux pour renforcer les systèmes intégrés de suivi et d'établissement des rapports recommandés par l'OMS pour les programmes de VIH/tuberculose et pour harmoniser la création et la notification des données à l'avenir.

Les mesures de lutte contre l'infection tuberculeuse sont tout aussi importantes dans les sites de prestation des services de santé, en particulier pour les personnes vivant avec le VIH, mais cette intervention capitale de prévention de la tuberculose est souvent négligée. La vaste expansion des services de VIH dans des régions à forte prévalence de la tuberculose a souvent créé les conditions propices à une transmission nosocomiale de la tuberculose aux patients vulnérables, à leur famille et aux agents de santé. Plusieurs graves poussées de tuberculose ont été notifiées dans des établissements de santé chez les personnes vivant avec le VIH et le personnel soignant (77–82). Parmi les 63 pays prioritaires, 34 ont indiqué qu'ils avaient une politique de lutte contre l'infection en 2007, contre 20 en 2005 et 31 en 2006. Même si davantage de pays déclarent qu'ils disposent de politiques de lutte contre les infections nosocomiales, il y a place pour une amélioration de la mise en œuvre dans le cadre de la prévention, du traitement et des soins du VIH et de la tuberculose.

En conclusion, le nombre de personnes vivant avec le VIH qui sont malades de la tuberculose est plus élevé qu'on ne l'avait estimé précédemment. La tuberculose demeure une cause majeure de décès et c'est une maladie meurtrière chez les personnes vivant avec le VIH. Même si des stratégies claires et à base factuelle de prévention, de dépistage et de traitement de la tuberculose ont été définies et largement acceptées, la mise en œuvre de beaucoup de ces interventions est à la traîne au niveau national. Dans

certains des pays qui enregistrent la plus forte charge de tuberculose liée au VIH, le manque d'implication politique et d'investissement en faveur des interventions tuberculose/VIH concertées sapent les effets des programmes de VIH.

Quelques progrès ont été accomplis ces dernières années. Pourtant les données montrent que l'accès aux interventions essentielles pour diminuer la charge de coinfection par la tuberculose liée au VIH demeure loin de l'objectif de l'accès universel. Il faut de toute urgence mobiliser la volonté politique et renforcer les capacités pour élargir l'accès des patients tuberculeux au dépistage, au traitement et aux soins du VIH et pour accélérer l'application des « trois I » afin de prendre en charge la coinfection VIH/tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Les données recueillies mettent également en évidence la nécessité de renforcer sans attendre les systèmes intégrés de suivi et d'évaluation pour estimer les progrès et les résultats des interventions conjointes VIH/tuberculose. Avec un faible suivi des programmes et des taux médiocres d'établissement des rapports, l'analyse mondiale des progrès ne peut pas refléter pleinement les efforts nationaux, même là où l'accès aux interventions s'élargit peut-être. Il est dès maintenant nécessaire d'allouer davantage de ressources pour élaborer des indicateurs communs et des outils intégrés de suivi afin de garantir ces prochaines années l'accès aux services vitaux de prise en charge de la coinfection VIH/tuberculose (encadré 4.13).

Références

1. *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005. Comment y parvenir. La stratégie de l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://www.who.int/3by5/publications/documents/isbn9241591129>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
2. *Vers un accès universel. Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/hiv/topics/universalaccess/fr/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
3. *Rapport d'activités*. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2008 (http://www.theglobalfund.org/documents/publications/progressreports/ProgressReport2008_fr.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
4. Derniers résultats [site Internet]. Washington, Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida, 2009 (<http://www.pepfar.gov/about/c19785.htm>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
5. Publications : rapports du Groupe de référence [site Internet]. Genève, Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections, 2009 (<http://www.epidem.org/publications.htm>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
6. Logiciels et outils épidémiologiques 2009 [site Internet]. Genève, ONUSIDA, 2009 (http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/EPI_software2009.asp, consulté le 1^{er} septembre 2009).
7. Stover J et al. The Spectrum projection package: improvements in estimating mortality, ART needs, PMTCT impact and uncertainty bounds. *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84(Suppl 1):i24-i30.
8. *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent en situation de ressources limitées : vers un accès universel. Recommandations pour une approche de santé publique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adult/en/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
9. The eligibility for ART in lower income countries (eART-linc) collaboration. Duration from seroconversion to eligibility for antiretroviral therapy and from ART eligibility to death in adult HIV-infected patients from low and middle-income countries: collaborative analysis of prospective studies. *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84(Suppl 1):i31-i36.
10. Todd J et al. Time from HIV seroconversion to death: a collaborative analysis of eight studies in six low and middle-income countries before highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 2007, 21(Suppl 6):S55-S63.
11. Mateyu G et al. Outcome assessment of decentralization of antiretroviral treatment (ART) provision in a rural district of Malawi. *5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Cape Town, South Africa, 19-22 July 2009* (abstract CDD063; <http://www.iasociety.org/Abstracts/A200722047.aspx>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
12. *Évaluation du programme camerounais d'accès aux antirétroviraux. Impact sur la prise en charge et les conditions de vie de la population infectée par le VIH*. Paris, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), 2009 (Actualité en santé publique, juin 2009).
13. Rosen S, Fox MP, Gill CJ. Patient retention in antiretroviral therapy programs in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS Med*, 2007, 4:e298.
14. Brinkhof MW, Pujades-Rodriguez M, Egger M. Mortality of patients lost to follow-up in antiretroviral treatment programmes in resource-limited settings: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2009, 4:e5790.
15. Yu JK et al. What happens to patients on antiretroviral therapy who transfer out to another facility? *PLoS One*, 2008, 3:e2065.
16. Makombe SD et al. Assessing the quality of data aggregated by antiretroviral treatment clinics in Malawi. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86:310-314.
17. *Final report for the data quality audit for HIV/AIDS in Mali*. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2008.
18. Giordano PT et al. Retention in care: a challenge to survival with HIV infection. *Clinical Infectious Diseases*, 2007;44:1493-1499.
19. Bussmann H et al. Five-year outcomes of initial patients treated in Botswana's National Antiretroviral Treatment Program. *AIDS*, 2008, 22:2303-2311.
20. Boule A et al. Antiretroviral therapy and early mortality in South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86:678-687.
21. Chasombat S et al. National expansion of antiretroviral treatment in Thailand, 2000-2007: program scale-up and patient outcomes. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009; 50:506-512.
22. 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.
23. Nash D et al. Long-term immunologic response to antiretroviral therapy in low-income countries: a collaborative analysis of prospective studies. *AIDS*, 2008, 22:2291-2302.
24. Eligibility for ART in lower income countries (eART-linc) collaboration. Duration from seroconversion to eligibility for antiretroviral therapy and from ART eligibility to death in adult HIV-infected patients from low and middle-income countries: collaborative analysis of prospective studies. *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84(Suppl 1):i31-i36.

25. Lawn SD *et al.* Early mortality among adults accessing antiretroviral treatment programmes in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 2008, 22:1897-1908.
26. Fisher M. Late diagnosis of HIV infection: major consequences and missed opportunities. *Current Opinions on Infectious Diseases*, 2008, 21:1-3.
27. Keiser O *et al.* Antiretroviral therapy in resource-limited settings 1996 to 2006: patient characteristics, treatment regimens and monitoring in sub-Saharan Africa, Asia and Latin America. *Tropical Medicine and International Health*, 2008, 13:870-879.
28. Nash D *et al.* Program-level determinants of low CD4 count ART initiation in cohorts of persons aged >6 years initiating ART in 8 sub-Saharan African countries. *5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Cape Town, South Africa, 19-22 July 2009* (abstract WEAD103; <http://www.iasociety.org/Abstracts/A200721893.aspx>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
29. Tom Oluoch on behalf of the KAIS TWG. Utility of additional biologic tests in a nationally representative HIV survey. *2nd Global HIV/AIDS Surveillance Meeting, Bangkok, Thailand, 2-5 March 2009* (http://www.hivsurveillance2009.org/docs/session_xia/pres5.ppt, consulté le 1^{er} septembre 2009).
30. Bassett I *et al.* Who starts in Durban, South Africa? ... Not everyone who should! *5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Cape Town, South Africa, 19-22 July 2009* (abstract WEAD102; <http://www.iasociety.org/Abstracts/A200721911.aspx>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
31. Souteyrand YP *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*, 2008, 22(Suppl 1):S161-S168.
32. Kabugo C *et al.* Long-term experience providing antiretroviral drugs in a fee-for-service HIV clinic in Uganda: evidence of extended virologic and CD4+ cell count responses. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005, 38:578-583.
33. Posse M *et al.* Barriers to access to antiretroviral treatment in developing countries: a review. *Tropical Medicine and International Health*, 2008, 13:904-913.
34. Walker AS *et al.* Does cotrimoxazole prophylaxis improve outcomes after ART initiation in HIV-infected African adults: a causal analysis using marginal structural models. *15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA, 3-6 February 2008* (<http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/33514.htm>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
35. Mugenyi P *et al.* Impact of routine laboratory monitoring over 5 years after antiretroviral therapy (ART) initiation on clinical disease progression of HIV-infected African adults: the DART Trial final results. *5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Cape Town, South Africa, 19-22 July 2009* (<http://www.iasociety.org/Abstracts/A200722791.aspx>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
36. Phillips AN *et al.* Outcomes from monitoring of patients on antiretroviral therapy in resource-limited settings with viral load, CD4 cell count, or clinical observation alone: a computer simulation model. *Lancet*, 2008, 371:1443-1451.
37. Medina-Lara A *et al.* Cost effectiveness analysis of routine laboratory or clinically driven strategies for monitoring anti-retroviral therapy in Uganda and Zimbabwe (DART Trial). *5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Cape Town, South Africa, 19-22 July 2009* (abstract TuSS103; <http://www.iasociety.org/Abstracts/A200722797.aspx>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
38. Reniers G *et al.* Steep declines in population-level AIDS mortality following the introduction of antiretroviral therapy in Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2009, 23:511-518.
39. Jahn A *et al.* Population-level effect of HIV on adult mortality and early evidence of reversal after introduction of antiretroviral therapy in Malawi. *Lancet*, 2008, 371:1603-1611.
40. Brinkhof MW *et al.* Mortality of HIV-infected patients starting antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: comparison with HIV-unrelated mortality. *PLoS Med*, 2009, 6:e1000066.
41. Smith A. Vital registration in South Africa. *2nd Global HIV/AIDS Surveillance Meeting, Bangkok, Thailand, 2-5 March 2009* (http://www.hivsurveillance2009.org/docs/session_xia/pres1.ppt, consulté le 1^{er} septembre 2009).
42. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*. Genève,ONUSIDA, 2008 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/default.asp>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
43. Bendavid E, Bhattacharya J. The President's Emergency Plan for AIDS Relief in Africa: an evaluation of outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 2009, 150:688-695.
44. Stover J *et al.* Estimated HIV trends and program effects in Botswana. *PLoS One*, 2008, 3:e3729.
45. 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.
46. Bertagnolio S *et al.* World Health Organization/HIVResNet Drug Resistance Laboratory Strategy. *Antiviral Therapy*, 2008, 13(Suppl2):49-57.
47. 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.
48. Kamoto K *et al.* Surveillance of transmitted HIV drug resistance with the World Health Organization threshold survey method in Lilongwe, Malawi. *Antiviral Therapy*, 2008, 13(Suppl 2):83-87.

49. 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.
50. Morris L *et al.* Surveillance for transmitted HIV-1 drug resistance in South Africa. *NICD Communicable Diseases Surveillance Bulletin*, 2009, 7(2):1-2.
51. 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.
52. Sirivichayakul S *et al.* HIV drug resistance threshold survey in Bangkok, Thailand. *Antiviral Therapy*, 2008, 13(Suppl 2):109-113.
53. 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.
54. 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.
55. Ndembu N *et al.* Transmitted antiretroviral drug resistance surveillance among newly HIV type 1-diagnosed women attending an antenatal clinic in Entebbe, Uganda. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 2008, 24:889-895.
56. Service des médicaments et diagnostics du sida (AMDS) [site Internet]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/hiv/amds/en>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
57. Renaud-Thery 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.
58. *Report of the WHO Technical Reference Group, Paediatric HIV/Antiretroviral Therapy and Care Guideline Group Meeting, WHO headquarters, Geneva, Switzerland, 10-11 April 2008.* Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/WHO_Paediatric_ART_guideline_rev_mreport_2008.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
59. When to Start Consortium. Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies. *Lancet*, 2009, 373:1352-1363.
60. Kitahata MM *et al.* Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:1815-1826.
61. Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group. Major clinical outcomes in antiretroviral therapy (ART)-naïve participants and in those not receiving ART at baseline in the SMART study. *Journal of Infectious Diseases*, 2008, 197:1133-1144.
62. Lichtenstein KA *et al.* Initiation of antiretroviral therapy at CD4 cell counts <350 cells/mm³ does not increase incidence or risk of peripheral neuropathy, anemia, or renal insufficiency. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2008, 47:27-35.
63. Violaro *et al.* Early antiretroviral therapy and mortality among HIV-infected infants. *New England Journal of Medicine*, 2008, 359:2233-2244.
64. Le GPRM (Global Price Reporting Mechanism) [site Internet]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/hiv/amds/gprm/en/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
65. Wells CD *et al.* HIV infection and multidrug-resistant tuberculosis: the perfect storm. *Journal of Infectious Diseases*, 2007, 196(Suppl1):S86-S107.
66. Dubrovina I *et al.* Drug-resistant tuberculosis and HIV in Ukraine: a threatening convergence of two epidemics? *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 2008, 12:756-762.
67. Havlir DV *et al.* Opportunities and challenges for HIV care in overlapping HIV and TB epidemics. *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300:423-430.
68. *Global tuberculosis control 2009 - epidemiology, strategy, financing.* Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/index.html, consulté le 1^{er} septembre 2009).
69. Miranda A *et al.* Impact of antiretroviral therapy on the incidence of tuberculosis: the Brazilian experience, 1995-2001. *PLoS ONE*, 2007, 2:e826.
70. Schiffer JT, Sterling TR. Timing of antiretroviral therapy initiation in tuberculosis patients with AIDS: a decision analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 44:229-234.
71. Moreno S *et al.* Incidence and risk factors for tuberculosis in HIV-positive subjects by HAART status. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 2008, 12:1393-1400.
72. Westreich D *et al.* Effect of pulmonary tuberculosis on mortality in patients receiving HAART. *AIDS*, 2009, 23:707-715.
73. Abdool Karim SS *et al.* HIV infection and tuberculosis in South Africa: an urgent need to escalate the public health response. *Lancet*, 2009, doi:10.1016/S0140-6673(09)60916-8.
74. *WHO Three I's Meeting: intensified case finding (ICF), isoniazid preventive therapy (IPT) and TB infection control (IC) for people living with HIV. Report of a joint World Health Organization HIV/AIDS and TB Department meeting, 2-4 April 2008, Geneva, Switzerland.* Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/WHO_3Is_meeting_report.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).

75. *Traitement de la tuberculose avec prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://www.who.int/hiv/pub/imai/tb_hiv_module_2007_fr.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
76. *Three interlinked patient monitoring systems for HIV care/ART, MCH/PMTCT (including malaria prevention during pregnancy), and TB/HIV*. Draft version, September 2008. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/hiv/pub/imai/patient_guidelines_july2008/en/index.html, consulté le 1^{er} septembre 2009).
77. Andrews JR *et al.* Exogenous reinfection as a cause of multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis in rural South Africa. *Journal of Infectious Diseases*, 2008, 198:1582-1589.
78. Dimitrova B *et al.* Increased risk of tuberculosis among health care workers in Samara Oblast, Russia: analysis of notification data. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 2005, 9:43-48.
79. Friedland G. Tuberculosis, drug resistance, and HIV/AIDS: a triple threat. *Current Infectious Disease Reports*, 2007, 9:252-261.
80. Yanai H *et al.* Risk of *Mycobacterium tuberculosis* infection and disease among health care workers, Chiang Rai, Thailand. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 2003, 7:36-45.
81. Gandhi NR *et al.* Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa. *Lancet*, 2006, 368(9547):1575-1580.
82. Harries AD, Maher D, Nunn P. Practical and affordable measures for the protection of health care workers from tuberculosis in low-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 1997, 75:477-489.

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

Principales conclusions

- La volonté politique d'étendre les services de prévention, de traitement et de soins du VIH pour les femmes et les enfants s'est affirmée ces dernières années. En 2008, 70 pays à revenu faible ou intermédiaire avaient établi un plan national d'expansion avec des objectifs quantifiés en vue de prévenir la transmission mère-enfant du VIH ; ils n'étaient que 34 en 2005. De même, 54 pays à revenu faible ou intermédiaire disposaient de plans nationaux incluant des objectifs quantifiés pour élargir les services pédiatriques de prise en charge du VIH en 2008, contre 19 en 2005.
- Le conseil et dépistage du VIH chez les femmes enceintes augmente avec l'expansion des méthodes à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. En 2008, 21% des femmes enceintes accouchant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire avaient fait un test du VIH, contre 15% en 2007. En Afrique subsaharienne, le pourcentage correspondant est passé de 17% à 28%, avec des taux particulièrement élevés dans les pays d'Afrique orientale et australe.
- Le pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH à leurs enfants est passé de 35% [29-44%] en 2007 à 45% [37-57%] en 2008. En Afrique subsaharienne, les pays d'Afrique orientale et australe ont fait état de progrès substantiels, avec une couverture de 58% [47-76%] en 2008. La couverture de la prophylaxie antirétrovirale chez le nourrisson a aussi augmenté et s'est établie à 32% en 2008, contre 20% en 2007.
- Les pays à revenu faible ou intermédiaire ont été plus nombreux en 2008 que les années précédentes à rapporter des données sur les types de schémas thérapeutiques antirétroviraux administrés aux femmes enceintes séropositives. Ces données font apparaître une évolution en faveur de l'utilisation de traitements plus efficaces. Dans 97 pays ayant présenté un rapport, 31% des femmes prenant des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant avaient reçu une dose unique, contre 49% en 2007.
- En 2008, environ un tiers (34%) des femmes enceintes dont le test au VIH était positif ont fait l'objet d'un examen clinique ou par numération des CD4 pour déterminer si un traitement antirétroviral était indiqué pour leur propre santé. Le pourcentage des femmes dont l'état de santé a été évalué par numération des CD4 est passé de 12% en 2007 à 24% en 2008.
- Les mères séropositives au VIH doivent peser les risques concurrents associés à différentes options d'alimentation du nouveau-né. On dispose de peu de données sur les pratiques d'alimentation des femmes vivant avec le VIH ; néanmoins, d'après 12 enquêtes démographiques entreprises entre 2003 et 2006 en Afrique subsaharienne, 31% des femmes séropositives et 38% des femmes séronégatives nourrissaient leur enfant exclusivement au sein jusqu'à l'âge de six mois.
- La proportion de nourrissons exposés au VIH bénéficiant d'un test virologique demeure faible. Dans 41 pays ayant rapporté des données, seulement 15% des enfants nés de mères séropositives avaient bénéficié d'un test du VIH dans les deux premiers mois de leur vie. Un meilleur suivi des nourrissons dont on sait qu'ils ont été exposés au VIH est nécessaire pour détecter l'infection à VIH et dispenser le traitement et les soins requis.
- Le nombre d'établissements de santé qui assurent un traitement antirétroviral pédiatrique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire s'est accru d'environ 80% de 2007 à 2008. Le nombre d'enfants suivant un traitement antirétroviral était de 198 000 en 2007 et d'environ 275 700 en 2008, soit 38% [31-47%] des 730 000 [580 000-880 000] enfants dont on estime qu'ils avaient besoin d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il convient de redoubler d'efforts pour élargir l'accès des enfants aux services de soins et de traitement. Également en 2008, 8% seulement des nourrissons nés de femmes séropositives avaient commencé une prophylaxie au cotrimoxazole à l'âge de deux mois.

5.1. Vue d'ensemble

5.1.1. Le VIH chez la femme et l'enfant

Le nombre de femmes, de nourrissons et d'enfants qui vivent avec le VIH ne cesse de croître dans le monde. L'épidémie de VIH continue d'affecter lourdement leur santé, leurs moyens d'existence et leur survie dans toutes les régions. On estime que le nombre de femmes vivant avec le VIH est passé de 14,1 millions en 2001 à 15,5 millions en 2007 (1). En Afrique subsaharienne, les femmes représentent désormais près de 60% des adultes séropositifs, même si, dans d'autres régions, elles comptent pour moins de la moitié des personnes vivant avec le VIH. En Asie du Sud-Est, près de 40% des personnes séropositives sont des

femmes, alors qu'elles sont 30% en Amérique latine et aux Caraïbes, en Asie de l'Est et en Europe et Asie centrale. Dans l'ensemble, le pourcentage de femmes adultes (âgées de 15 et plus) parmi les personnes vivant avec le VIH est demeuré stable à 50% ces dix dernières années (1).

Dans le monde, le VIH est la principale cause de mortalité chez les femmes en âge de procréer (2). Le virus influence la mortalité directement et indirectement. Il aggrave les risques liés à la grossesse. Une étude du Zimbabwe a montré que le VIH était responsable de 27% des décès maternels déclarés en 2006 (3). Une enquête quinquennale sur la mortalité maternelle réalisée de 2003 à 2007 dans l'un des plus grands hôpitaux publics de Johannesburg,

Encadré 5.1. Estimer le nombre d'enfants et de femmes enceintes qui ont besoin de services

L'estimation du nombre de personnes qui ont besoin de services de prise en charge du VIH est liée à l'estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH. Les tendances dans la prévalence du VIH et du nombre de personnes vivant avec le VIH par pays sont évaluées régulièrement par un processus collectif impliquant les représentants nationaux des ministères de la santé et les bureaux de statistiques, l'ONUSIDA, l'OMS et les organisations partenaires, sur la base des plus récentes données nationales disponibles (5). Les estimations ont été révisées en 2009 et elles incluent les dernières données rapportées par les pays pour 2008. Les méthodes et les hypothèses du modèle d'estimation de l'ONUSIDA et de l'OMS continuent d'évoluer et sont régulièrement mises à jour à mesure que l'on dispose de nouvelles données. De plus, des données nationales améliorées sur la prévalence du VIH contribuent aussi à la révision et l'actualisation du modèle au fil du temps. Les dernières estimations des besoins de traitement antirétroviral sont légèrement inférieures aux chiffres précédents en raison de changements dans la prévalence du VIH et d'autres facteurs (voir encadré 4.2). L'ONUSIDA et l'OMS publieront les résultats des nouvelles estimations dans un rapport qui fera le point sur l'épidémie de sida en novembre 2009.

Estimer le nombre de femmes qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant

Le nombre de femmes qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant pendant une année donnée est fondé sur la prévalence du VIH chez les femmes enceintes, qui est obtenue avec le nombre de femmes vivant avec le VIH, le taux de fécondité ajusté selon l'âge et la réduction de la fécondité causée par le VIH. De plus, on suppose que 15% des grossesses n'arrivent pas à terme en raison de fausses couches ou d'autres événements ; ces grossesses ne sont pas incluses dans l'estimation des femmes qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH.

La modification des estimations de la prévalence du VIH dans un pays entraîne une modification du nombre estimé de femmes ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant. L'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont estimé en 2007 que près de 1,5 million [1,4 million - 1,6 million] de femmes enceintes vivaient avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et avaient besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant (6). En 2009, sur la base des nouvelles données et des paramètres modifiés, l'estimation précédente de 2007 a été révisée à la baisse et établie à 1,4 million [1,1 million-1,7 million]. La couverture correspondante d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH en 2007 a été recalculée à 35% [29-44%] au lieu de 33% [31-35%] comme publié précédemment (section 5.4.2).

Estimer le nombre d'enfants qui ont besoin d'un traitement antirétroviral

D'après les recommandations de l'OMS, tous les enfants séropositifs âgés de moins d'un an ont besoin d'un traitement antirétroviral. Après l'âge d'un an, on considère que tout enfant vivant avec le VIH et présentant une maladie modérée ou grave doit être traité (7). Le nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral pendant une année donnée est fondé principalement sur le nombre de nourrissons infectés par le VIH et leur survie au moment où ils nécessitent un traitement antirétroviral. Le nombre de nourrissons infectés par le VIH est fonction de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes et de l'estimation du taux de transmission mère-enfant d'après la couverture du traitement antirétroviral et les pratiques d'alimentation du nourrisson. La progression de l'infection à VIH et la survie des enfants avec ou sans prophylaxie au cotrimoxazole et traitement antirétroviral servent à dénombrer les décès chez les enfants vivant avec le VIH.

Les femmes enceintes vivant avec le VIH peuvent recevoir les cinq catégories suivantes de schéma thérapeutique antirétroviral pour éviter de transmettre le virus à leur enfant, chaque catégorie aboutissant à des probabilités différentes de transmission mère-enfant : aucun traitement, prophylaxie antirétrovirale à dose unique, double ou triple, et traitement antirétroviral. La transmission peut aussi se produire après la naissance par l'allaitement. Différentes probabilités mensuelles de transmission du VIH sont appliquées pour les pratiques suivantes d'alimentation du nourrisson : allaitement exclusivement au sein, alimentation de substitution et alimentation mixte.

Les recommandations sur l'administration d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et sur le traitement antirétroviral des enfants seront révisées fin 2009 au regard de nouvelles données. Cette procédure pourra aboutir à des changements dans les hypothèses et les méthodes d'estimation. Le recueil de données plus probantes permettra peut-être aussi de mieux ajuster les paramètres du modèle afin de refléter l'impact des interventions de prévention de la transmission mère-enfant sur le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH.

Afrique du Sud, a révélé que les décès maternels étaient six fois plus nombreux chez les femmes vivant avec le VIH que chez les mères séronégatives (4). L'effet combiné de la morbidité et de la mortalité maternelles a aussi des conséquences dramatiques sur la santé, le bien-être et la survie des enfants.

On estime que 1,4 million de femmes vivant avec le VIH dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ont accouché en 2008. Quatre-vingt-onze pour cent des femmes enceintes séropositives au VIH vivaient en Afrique subsaharienne, dont près de 70% en Afrique orientale et australe et les 30% restantes en Afrique centrale et de l'Ouest. L'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est abritait 6% du nombre total de femmes enceintes séropositives et les autres régions 2% ou moins.

Le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH a aussi augmenté, passant de 1,6 million [1,4 million-2,1 millions] en 2001 à 2,0 millions [1,9 million-2,3 millions] en 2007, même si le nombre d'enfants nouvellement infectés diminue depuis 2003 (1), probablement en raison de la stabilisation mondiale de la prévalence du VIH chez les femmes et de la couverture croissante des programmes de prévention de la transmission mère-enfant. En 2007, les enfants représentaient 6%

des personnes vivant avec le VIH, 17% des personnes nouvellement infectées et 14% de toute la mortalité due au VIH dans le monde.

Plus de 90% des enfants vivant avec le VIH ont été infectés par leur mère pendant la grossesse et l'accouchement ou par l'allaitement (1). D'autres voies de transmission du VIH chez l'enfant comprennent les transfusions avec du sang contaminé, les injections avec des aiguilles souillées et la transmission sexuelle chez les enfants qui ont des rapports sexuels précoces.

Dans l'ensemble, 20 pays de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est abritent environ 90% des femmes enceintes qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant. Ces mêmes pays abritent aussi plus de 80% des enfants âgés de moins de 15 ans qui doivent prendre un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (encadré 5.1). Compte tenu de l'importance de l'épidémie de VIH chez les femmes et les enfants qui y vivent, les avancées que ces pays obtiendront peuvent influencer sensiblement l'ensemble des progrès mondiaux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et élargir l'accès aux soins et au traitement du VIH pour les enfants (tableau 5.1).

Tableau 5.1. Vingt pays à revenu faible ou intermédiaire comptant le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral

Rang par nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH	Pays	Estimation du nombre de femmes enceintes ayant besoin d'antirétroviraux en 2008 [fourchette]	% du total dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral en 2008 [fourchette]	% du total dans les pays à revenu faible ou intermédiaire
1	Nigéria	210 000 [110 000-300 000]	15%	110 000 [57 000-160 000]	15%
2	Afrique du Sud	200 000 [120 000-280 000]	14%	94 000 [53 000-130 000]	13%
3	Mozambique	110 000 [50 000-180 000]	8%	45 000 [24 000-67 000]	6%
4	Kenya	110 000 [53 000-160 000]	8%	49 000 [25 000-71 000]	7%
5	République-Unie de Tanzanie*	40 000 [20 000-66 000]	6%	40 000 [20 000-66 000]	5%
6	Ouganda	82 000 [44 000-120 000]	6%	42 000 [23 000-60 000]	6%
7	Zambie	70 000 [38 000-96 000]	5%	34 000 [18 000-47 000]	5%
8	Malawi*	32 000 [17 000-45 000]	4%	17 000 [9 000-22 000]	4%
9	Zimbabwe	53 000 [29 000-73 000]	4%	37 000 [22 000-50 000]	5%
10	Inde	49 000 [25 000-80 000]	4%	30 000 [16 000-46 000]	4%
11	Éthiopie	36 000 [18 000-54 000]	3%	23 000 [12 000-33 000]	3%
12	Cameroon	36 000 [19 000-52 000]	3%	18 000 [10 000-26 000]	2%
13	République démocratique du Congo	32 000 [17 000-48 000]	2%	16 000 [9 000-22 000]	2%
14	Côte d'Ivoire	22 000 [11 000-34 000]	2%	14 000 [6 900-21 000]	2%
15	Burundi	16 000 [7 200-24 000]	1%	8 000 [4 400-11 000]	1%
16	Angola	16 000 [8 000-24 000]	1%	7 400 [3 900-12 000]	1%
17	Tchad	15 000 [7 700-23 000]	1%	7 300 [3 700-11 000]	1%
18	Lesotho	14 000 [8 600-19 000]	1%	7 300 [4 300-9 700]	1%
19	Ghana	13 000 [6 400-19 000]	1%	5 900 [2 600-9 200]	1%
20	Botswana	12 000 [7 500-16 000]	1%	7 900 [4 900-10 000]	1%

* Aucune estimation n'est donnée car l'estimation du nombre de femmes enceintes séropositives qui ont besoin d'antirétroviraux (en République-Unie de Tanzanie et au Malawi) et l'estimation du nombre d'enfants vivant avec le VIH qui ont besoin d'un traitement antirétroviral (au Malawi) sont en cours de révision et seront ajustées, le cas échéant, sur la base du recueil et de l'analyse des données en cours.

5.1.2. Engagements, objectifs et cibles pour lutter contre le VIH chez la femme et l'enfant

Au cours de la dernière décennie, la communauté internationale s'est engagée à plusieurs reprises à élargir l'accès aux services de santé et à réduire la charge du VIH parmi les femmes et les enfants. Dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, adoptée au cours de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001 (8), les pays ont convenu de réduire de 50% d'ici à 2010 la proportion de nourrissons infectés par le VIH en faisant en sorte que 80% des femmes enceintes et leurs enfants aient accès aux services essentiels de prévention, de traitement et de soins afin de réduire la transmission mère-enfant du VIH. Ces engagements ont été réaffirmés par les pays du Groupe des huit (G8) en 2005 (9) et 2007 (10), l'Appel à l'action d'Abuja pour une génération libérée du sida en 2005 (11) et la Déclaration politique sur le VIH/sida de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006 (12). Ces engagements mondiaux se sont accompagnés d'engagements régionaux (encadré 5.2).

Encadré 5.2. Éliminer la transmission verticale du VIH et de la syphilis aux Caraïbes

Aux Caraïbes, le VIH et la syphilis sont des problèmes majeurs de santé publique qui touchent les femmes et leurs nouveau-nés. En 2009, la région des Caraïbes a adopté l'Initiative régionale pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale conjointement proposée par le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques et l'UNICEF.

L'initiative prévoit d'éliminer la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis comme problèmes de santé publique dans tous les pays et territoires des Caraïbes d'ici à 2015. En 2008-2009, un processus interactif qui a impliqué un large éventail d'acteurs a mis au point une stratégie d'éradication. Cette stratégie s'appuie sur les recommandations techniques et de programmation mondiales actuelles et propose une approche intégrée centrée sur quatre lignes stratégiques d'action :

- renforcer la capacité des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant pour la détection précoce, les soins et le traitement du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes, leurs partenaires et leurs nourrissons ;
- consolider la surveillance du VIH et de la syphilis dans les services de santé maternelle et infantile et les systèmes d'information sanitaire ;
- intégrer les interventions de prise en charge du VIH et des infections sexuellement transmissibles dans les services de santé génésique et d'autres services compétents ; et
- renforcer les systèmes de santé.

Avec l'appui de l'OMS et de l'UNICEF, plusieurs pays des Caraïbes préparent des plans et commencent à les appliquer pour généraliser l'initiative au niveau national. Au plan régional, l'initiative est coordonnée par un groupe de travail technique formé d'experts régionaux et de représentants de partenaires clés dans la riposte au VIH.

Au-delà de l'objectif qui consiste à libérer les futures générations du VIH et du sida, l'action mondiale pour prévenir la transmission directe mère-enfant du VIH contribue à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement 4, 5 et 6 (encadré 1.1) qui prévoient de réduire des deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, de diminuer des trois quarts le taux de mortalité maternelle, d'enrayer la propagation du VIH/sida et de commencer à inverser la tendance actuelle d'ici à 2015.

Plusieurs institutions bilatérales et multilatérales ont aussi donné la priorité aux activités de réduction de la charge de VIH parmi les femmes et les enfants. En mai 2009, l'ONUSIDA a lancé un appel à l'action pour améliorer sensiblement la prestation des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH comme mesure capitale pour parvenir à l'accès universel (13). Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme s'est engagé à soutenir les activités pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et pour élargir les soins et le traitement du VIH chez l'enfant (14). Le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida a réaligné des objectifs de son nouveau programme pluriannuel (PEPFAR II) sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, et il s'efforce d'assurer des services de prévention de la transmission mère-enfant à 80% des femmes enceintes et des nourrissons exposés et de réduire la transmission de 40% dans les pays bénéficiaires (15).

L'UNITAID est devenue un partenaire de poids dans les activités mondiales d'accélération de l'accès au traitement du VIH en soutenant l'approvisionnement en médicaments et diagnostics pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, le traitement et les soins du VIH pour les enfants et les schémas thérapeutiques de deuxième intention pour les adultes. Depuis 2006, l'UNITAID et l'Initiative Clinton sur le VIH/sida ont obtenu une réduction des prix des principaux médicaments antirétroviraux dans les pays à faible revenu (16).

Au niveau international, une Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons (IATT) rassemble des partenaires internationaux qui travaillent sur la prévention mère-enfant du VIH et l'octroi aux enfants du traitement, des soins et du soutien en matière de VIH. L'Équipe spéciale publie des recommandations pour étendre les interventions de prévention de la transmission mère-enfant et assurer un traitement et des soins du VIH aux enfants, tout en encourageant une assistance technique conjointe et coordonnée aux pays. En 2007, dans le *Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH* (17), l'Équipe spéciale a recommandé des objectifs et des niveaux de couverture précis des principales interventions afin de guider les programmes nationaux à mesure qu'ils élargissent les interventions pour lutter contre le VIH chez les femmes et les enfants (encadré 5.3).

Encadré 5.3. Objectifs et niveaux de couverture recommandés pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et traitement et soins du VIH chez l'enfant au niveau national

- Au moins 80% de l'ensemble des femmes enceintes qui reçoivent des soins prénatals reçoivent aussi des informations sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.
- Au moins 80% de l'ensemble des femmes enceintes qui reçoivent des soins prénatals sont dépistées pour le VIH, y compris celles dont il a été préalablement établi qu'elles vivent avec le VIH.
- Au moins 80% des femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent une prophylaxie antirétrovirale ou un traitement antirétroviral pour réduire le risque de transmission mère-enfant.
- Au moins 80% des femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'un traitement antirétroviral pour leur propre santé en bénéficient.
- Au moins 80 % des femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent un conseil en matière d'alimentation du nourrisson et un soutien au cours de la première visite de suivi du nourrisson.
- Au moins 80 % des femmes enceintes vivant avec le VIH sont orientées puis de fait enrôlées dans une prise en charge globale et longitudinale, y compris le traitement.
- Au moins 80 % des nourrissons nés de mères vivant avec le VIH bénéficient d'un test virologique pour le VIH dans les deux mois qui suivent leur naissance.
- Au moins 80 % des nourrissons nés de mères vivant avec le VIH reçoivent une prophylaxie par le cotrimoxazole.

Source: OMS, UNICEF et Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons (17).

5.1.3. Suivre les progrès vers les objectifs internationaux pour étendre les services nationaux de prévention de la transmission mère-enfant et parvenir à une génération libérée du VIH

Au nom de l'Équipe spéciale, l'UNICEF et l'OMS ont créé en 2004 un mécanisme mondial de transmission des données pour surveiller les progrès vers les objectifs relatifs à la prévention de la transmission mère-enfant et en 2005 un dispositif d'information sur le traitement et les soins du VIH pour les enfants (18). En 2008, l'UNICEF, l'OMS et l'ONUSIDA ont recueilli des données par un processus conjoint de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida en vue d'un accès universel (section 1.3). Davantage de pays rapportent des données sur les progrès accomplis vers les objectifs associés à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida et l'accès universel aux services de prise en charge du VIH pour les femmes et les enfants. On est ainsi passé de 108 pays en 2006 à 142 en 2008.

L'éventail des données demandées et fournies par les pays s'est aussi élargi avec l'évolution et l'extension des interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Parmi les récents ajouts figurent des données sur les catégories de schémas antirétroviraux prescrits aux femmes enceintes vivant avec le VIH pour surveiller les progrès dans la mise en œuvre des recommandations internationales sur l'administration de traitements plus efficaces ; des données sur le dépistage des nourrissons et la prophylaxie au cotrimoxazole pour évaluer les progrès dans la surveillance des nouveau-nés ; des informations sur les objectifs nationaux ; et des données relatives aux programmes et aux politiques.

En 2008, 142 pays, dont 123 à revenu faible ou intermédiaire, ont documenté sur les services liés au VIH pour les femmes et les enfants.

Le présent chapitre analyse les données et résume les progrès dans l'accès et l'utilisation des services dans les 123 (sur un total de 149) pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont communiqué des données. Ces 123 pays représentent 97% des 124 millions de femmes qui ont accouché dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2008 et près de la totalité (99,8%) des 1,4 million de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Toutes ces femmes nécessitent des interventions efficaces, y compris un traitement antirétroviral ou une prophylaxie pour empêcher la transmission du virus à leur enfant.

En 2009, l'ONUSIDA et l'OMS ont affiné les méthodes d'estimation du VIH/sida pour refléter la disponibilité accrue de données crédibles provenant de nombreux pays. Par conséquent, ces méthodes amendées ont produit de nouvelles estimations du nombre de femmes et d'enfants ayant besoin d'interventions liées à la prévention de la transmission mère-enfant, également pour les années précédentes, en recalculant les estimations antérieures sur la base des nouveaux paramètres. Les estimations mondiales du nombre de femmes et d'enfants ayant besoin de services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH et les données sur la couverture des interventions clés rapportées pour 2004, 2005, 2006 et 2007 ont ainsi été calculées en utilisant les estimations mises à jour (encadré 5.1).

De même, afin d'assurer la cohérence des analyses et pour pouvoir comparer les progrès, on a recalculé les analyses des tendances en utilisant seulement les nouvelles estimations.¹

Encadré 5.4. Surveiller les progrès de la prévention de la transmission mère-enfant et la qualité des données

Il est difficile, pour plusieurs raisons, de suivre avec précision les programmes de prévention de la transmission mère-enfant au niveau national : 1) ces programmes comprennent une cascade d'interventions multiples ; 2) les interventions sont souvent intégrées dans plusieurs sites de prestation des services, par exemple elles peuvent être assurées dans les établissements de soins prénatals, de soins obstétricaux, de santé infantile ou de soins et traitement du VIH ; et 3) le suivi de la mère et de l'enfant est souvent médiocre et les dossiers des interventions et des résultats ne sont pas liés, ce qui aboutit à un manque d'information sur le suivi longitudinal après la grossesse. De plus, l'intervention clé, c'est-à-dire l'administration d'antirétroviraux à une femme enceinte vivant avec le VIH pour réduire le risque de transmission du virus à son bébé, est enregistrée dans les établissements de santé où le médicament a été dispensé, mais on ignore souvent si la femme a bien pris son traitement. Ce défaut d'information risque de fausser les mesures de l'impact de l'intervention sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Beaucoup de pays rencontrent des problèmes de qualité des données. Les doublons entre multiples points de prestation des services sont un écueil fréquent auquel les pays se heurtent quand ils recueillent des statistiques nationales sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Par exemple, dans des sites où la même femme enceinte vivant avec le VIH peut recevoir des antirétroviraux à la consultation prénatale, à la maternité pendant l'accouchement ou dans des services de traitement du VIH, il y a un risque de duplication si les données sont rassemblées depuis tous les points de prestation des services. De plus, dans beaucoup de pays, les registres des patients contiennent des renseignements incomplets et les établissements de santé font des erreurs dans les opérations de collecte, d'enregistrement et de transmission vers les niveaux sous-national et national. Quelques pays étaient par exemple dans l'incapacité de fournir des informations sur le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui avaient reçu des antirétroviraux pour leur propre santé, puisqu'ils n'avaient pas encore mis en place de mécanismes de recueil de cette information. Les pays sont conscients de ces manques et s'efforcent d'améliorer leurs systèmes de suivi. Ce chapitre tente de présenter les meilleures informations disponibles pour décrire la situation actuelle.

L'équipe spéciale interinstitutions a préparé un guide pour le suivi et l'évaluation, qui inclut des indicateurs recommandés et des points à considérer pour améliorer et renforcer le suivi des programmes nationaux de prévention de la transmission mère-enfant. Il sera publié fin 2009.

¹ Ainsi, les estimations du nombre de femmes enceintes (19) et du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant ont été révisées (voir encadré 5.1) ; ceci a une influence sur la couverture estimée des femmes enceintes vivant avec le VIH et recevant des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant publiés dans les précédents rapports de l'OMS/UNICEF/ONUSIDA.

5.1.4 Interventions de prise en charge du VIH chez la femme et l'enfant

Les activités mondiales et nationales de prévention de la transmission mère-enfant du VIH sont fondées sur une approche globale recommandée par les Nations Unies qui comprend les quatre éléments stratégiques suivants (20) :

- 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 qui vivent 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.

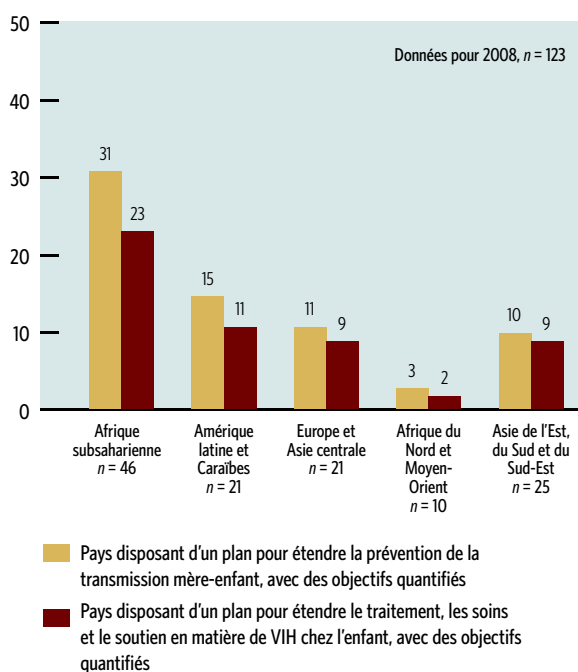
Alors que les pays élargissent leurs programmes nationaux, il est capital de veiller à ce que ces quatre éléments de l'approche globale soient assurés pour les femmes et les enfants qui en ont besoin. Cette approche repose sur le concept d'une continuité des soins pour les femmes, les enfants et leurs familles, des interventions séquentielles qui commencent avant la grossesse et se poursuivent pendant la grossesse, l'accouchement et après la naissance du bébé, dans le cadre de services spéciaux de soins chroniques pour la mère, l'enfant et la famille.

5.1.5 Plans nationaux d'élargissement

La volonté politique nationale en faveur de l'élargissement des services de prévention, de traitement et de soins du VIH chez les femmes et les enfants s'est intensifiée ces dernières années. Un nombre accru de pays sont passés de projets pilotes financés par les donateurs à des programmes nationaux complets, étayés par le développement et l'application de plans nationaux d'extension. De plus, définir des objectifs quantifiés dans le cadre de plans nationaux en identifiant les groupes de population qui ont besoin des interventions et déterminer combien de personnes ont besoin des interventions sont des activités qui aident à élaborer un plan réaliste et concret pour réaliser les objectifs nationaux. Les plans nationaux d'extension avec des objectifs quantifiés qui ont été approuvés par les principaux acteurs sont donc essentiels pour définir des stratégies adaptées aux contextes démographiques, épidémiologiques et socioéconomiques locaux, renforcer la coordination et la mobilisation de ressources nécessaires et assurer l'expansion des services pour atteindre la majorité des femmes et des enfants qui en ont besoin.

En 2008, 70 des 123 pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont rapporté des données (57%) avaient établi un plan national d'extension des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH assorti d'objectifs quantifiés. Cinquante-quatre pays (44%) avaient adopté un plan national pour élargir le traitement et les soins du VIH pour les enfants avec des objectifs quantifiés. En 2005, seulement 34 et 19 pays disposaient de plans d'extension accompagnés d'objectifs basés sur la population respectivement pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et pour prendre en charge le VIH chez l'enfant.

Figure 5.1. Nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire qui disposent d'un plan national d'extension assorti d'objectifs quantifiés pour prévenir la transmission mère-enfant et pour les soins et le traitement du VIH chez l'enfant, par région, 2008



Source: Données transmises par les pays à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en réponse au questionnaire annuel de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2009.

Les pays n'ont pas tous besoin de tels plans, en particulier ceux dont le taux d'infection à VIH est extrêmement bas. En 2008, l'Afrique subsaharienne ainsi que l'Amérique latine et les Caraïbes comptaient une forte proportion de pays qui ont indiqué avoir des plans assortis d'objectifs quantifiés. Près de 87% et 67% des pays en Afrique subsaharienne et 66% et 71% des pays en Amérique latine et aux Caraïbes disposaient respectivement de plans nationaux comprenant des objectifs quantifiés pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et pour traiter le VIH chez l'enfant, respectivement (figure 5.1).

5.2 Prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer

La prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer, y compris la prévention de la contamination par la transmission sexuelle ou par l'utilisation d'aiguilles souillées, est l'une des approches les plus cout-efficaces de prévenir les infections à VIH chez les enfants (21). Dans la plupart des pays à ressources limitées, les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, délivrés dans le contexte des services de

santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, représentent la principale opportunité de développer des programmes prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer et vers les services de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH (17).

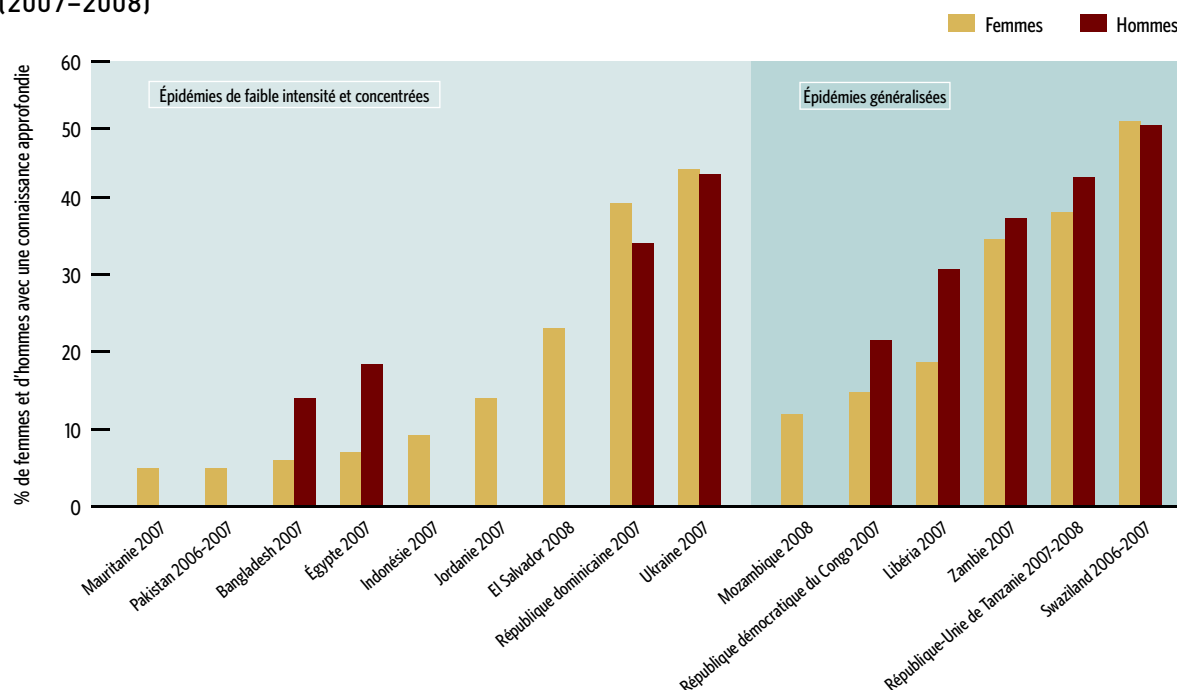
La prévention primaire du VIH pour les femmes enceintes qui ne sont pas infectées quand elles ont accès aux programmes de prévention est également importante pour qu'elles demeurent séronégatives au VIH tout au long de la grossesse, pendant l'accouchement et l'allaitement. Dans une vaste étude menée à Rakai, Ouganda, les femmes couraient près de deux fois plus de risques de contracter le VIH pendant leur grossesse, quel que soit leur comportement sexuel ou la charge virale plasmatique de leurs partenaires (22). Il est donc capital que les programmes prénatals pour les femmes enceintes et les programmes postnatals pour les femmes allaitantes insistent bien sur la nécessité d'utiliser des préservatifs pour protéger la mère et son enfant de l'infection à VIH pendant la période périnatale et au cours de la lactation.

Dans le contexte de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, les interventions primaires comprennent un ensemble d'activités menées dans l'établissement de santé et la communauté, principalement à l'intention des femmes enceintes et de leurs partenaires masculins, et adaptées au contexte de l'épidémie. Les interventions spécifiques incluent l'information sanitaire et l'éducation sur le VIH et les infections sexuellement transmissibles (figure 5.2), le conseil et dépistage du VIH, la promotion de la double protection basée sur le préservatif (17) et les stratégies de réduction des risques pour les consommatrices de drogues injectables. Les activités doivent être adaptées à l'âge des bénéficiaires et comporter l'accès à l'éducation sexuelle et aux services de santé génésique comme l'emploi de contraceptifs (23,24).

Bien que les interventions de prévention primaire de l'infection à VIH aient été définies, les niveaux de connaissance du VIH demeurent faibles (figure 5.2). D'après des données recueillies entre 2007 et 2008, dans beaucoup de pays avec des enquêtes démographiques récentes, moins de la moitié des femmes et des hommes âgés de 15 à 49 ans ont une connaissance approfondie et correcte du VIH, allant de 5% en Mauritanie à 52% au Swaziland chez les femmes et de 14% au Bangladesh à 51% au Swaziland chez les hommes. Les hommes en savent plus sur le VIH dans six des huit pays qui possèdent des données ventilées par sexe. En outre, les jeunes âgés de 15 à 24 ans connaissent mal le VIH. Dans l'ensemble, près de 30% des hommes et 19% des femmes âgées de 15 à 24 ans dans les pays à revenu faible ou intermédiaire possèdent une connaissance complète et exacte du VIH/sida, bien loin de l'objectif de 95% d'ici à 2010 fixé par la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (28).

La participation active des partenaires masculins est capitale pour aborder les questions relatives à la stigmatisation, la discrimination, la violence familiale et, plus important, pour soutenir le recours aux services disponibles de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

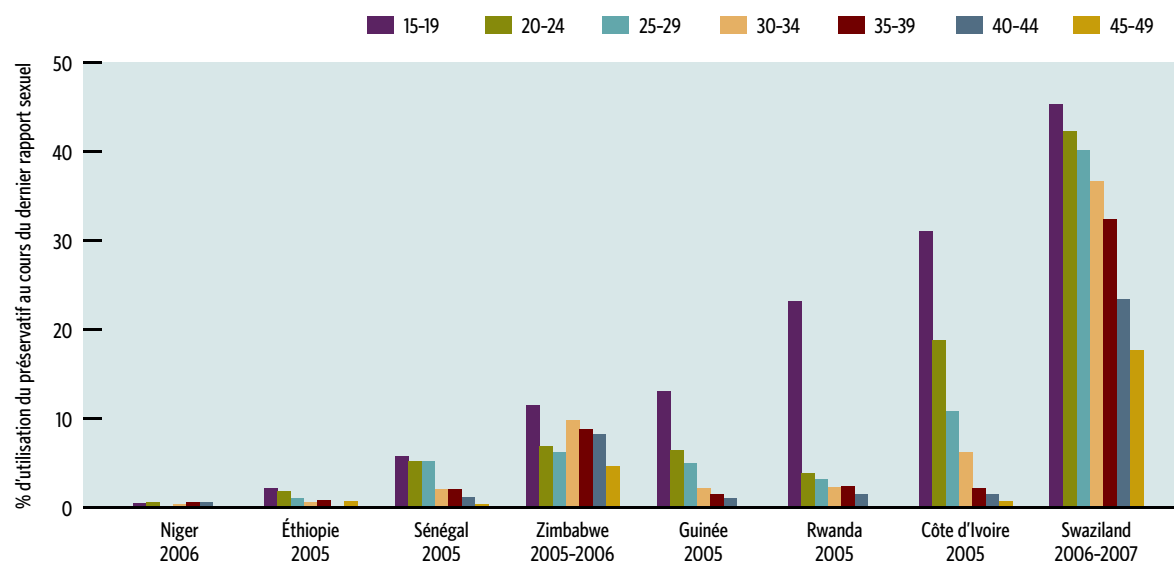
Figure 5.2. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans avec une connaissance approfondie^a du VIH dans les pays qui disposent d'enquêtes démographiques récentes (2007-2008)



^a Entre dans la catégorie des personnes avec une connaissance approfondie tout homme ou femme qui identifie correctement les deux principales méthodes de prévention de la transmission sexuelle du VIH (recours au préservatif et limitation des rapports sexuels à un partenaire fidèle et non infecté), qui rejette les deux idées fausses locales les plus fréquentes sur la transmission du VIH, et qui sait qu'une personne apparemment en bonne santé peut transmettre le VIH.

Source: Enquêtes sur les indicateurs du sida [site Internet] (25) ; Enquêtes démographiques et sanitaires [site Internet] (26) ; Enquête à indicateurs multiples [site Internet] (27), 2007-2008.

Figure 5.3. Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels pendant l'année précédente qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours de leur plus récent rapport sexuel, par groupes d'âge de cinq ans dans des enquêtes démographiques sélectionnées, 2005-2007



Source: Enquêtes démographiques et sanitaires [site Internet] (26), 2005-2007.

D'après les renseignements dont on dispose, dans les épidémies généralisées matures, une vaste proportion des nouvelles infections par le VIH se produit dans les couples sérodiscordants (29). L'étude HSV-2 sur les partenaires, le premier essai à grande échelle de prévention du VIH-1 en Afrique orientale et australe qui fait appel à des couples sérodiscordants pour le VIH-1, a révélé que près de la moitié (49%) des couples dans tous les sites d'étude et parmi tous les couples avec un partenaire infecté par le VIH-1 étaient discordants pour le VIH-1 (30). Cette situation a des conséquences directes sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en raison du fort risque de contamination accidentelle des femmes enceintes et allaitantes et du risque élevé lié de transmission mère-enfant du virus.

Il convient donc de mettre davantage l'accent sur le conseil et le dépistage des couples (31). Des études au Burkina Faso, au Cambodge, au Kenya, en Ouganda et dans la République-Unie de Tanzanie montrent que lorsqu'on propose le conseil et dépistage du VIH aux couples, le test du VIH est mieux accepté par les femmes enceintes (32-37).

Les stratégies de prévention primaire qui relient les interventions destinées aux femmes enceintes avec celles qui sont appliquées au niveau de la population devraient aussi inclure la promotion du préservatif. Dans certains pays avec des données d'enquêtes démographiques réalisées entre 2005 et 2007, l'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel était inférieure à 50% chez les femmes en âge de procréer (tous âges confondus) (figure 5.3). Le recours au préservatif était le plus élevé chez les femmes de 15 à 19 ans et diminuait avec l'âge. Cette conclusion peut s'expliquer par le fait que les couples mariés ou qui vivent ensemble sont moins susceptibles d'utiliser des préservatifs. La position économique, sociale et culturelle des femmes par rapport à celle des hommes les empêche aussi de négocier efficacement l'utilisation systématique du préservatif au sein du mariage ou d'une relation stable de longue durée.

La promotion et l'utilisation constante du préservatif chez les couples mariés ou qui cohabitent, particulièrement en Afrique subsaharienne, rencontrent aussi d'autres obstacles. L'utilisation du préservatif est souvent associée négativement à un manque de confiance et à l'adultère. Une telle observation dans une épidémie généralisée souligne la nécessité de réviser les stratégies actuelles, qui sont principalement fondées sur la promotion du préservatif pour les femmes et les hommes mariés. Point encourageant, dans la plupart des pays avec des données d'enquêtes entre 2003 et 2007, les femmes avec deux partenaires ou plus pendant l'année précédente ont une probabilité au moins deux fois plus élevée que les femmes avec un seul partenaire d'avoir utilisé un préservatif pendant leur plus récent rapport sexuel (38).

L'extension de la prévention du VIH dans les services de santé maternelle et infantile est aussi entravée par plusieurs goulets d'étranglement liés aux systèmes et

Encadré 5.5. Associer les partenaires masculins et les communautés à l'extension des services de prise en charge du VIH pour les femmes et les enfants – exemples de l'Afrique subsaharienne

Les agents de santé communautaires peuvent jouer un rôle important pour accroître le recours aux interventions de prévention de la transmission mère-enfant en donnant des informations sur l'accès aux services, en renforçant les connaissances sur le traitement par rapport à la prise d'antirétroviraux, en soutenant la préparation au traitement et l'observance du traitement et en encourageant la prévention auprès des personnes séropositives et la révélation du statut sérologique. Au Kenya, par exemple, les agents de santé communautaires ont réussi à assurer des services de suivi pour les patients sous traitement antirétroviral (39).

Les partenaires masculins jouent aussi un rôle important dans l'utilisation des services de prévention de la transmission mère-enfant. Au Botswana et en Zambie où la révélation du statut sérologique pendant la grossesse est fréquent, les familles et les partenaires masculins sont impliqués dans les décisions sur le traitement antirétroviral (40). Au Rwanda (41), les sites de traitement soutenus par le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida utilisent un système de suivi des femmes dans la communauté, pour leur rappeler les rendez-vous de soins prénatals, leur distribuer du matériel d'information, d'éducation et de communication sur l'utilisation d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant et leur distribuer des antirétroviraux à domicile dans certaines communautés. Depuis l'intervention, le pourcentage de femmes qui prennent des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant est passée de près de 60% à 90% et plus de dix sites ont assuré ce service à 100% des femmes concernées pendant de nombreux mois.

Pour être réussis, les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH doivent donc inclure des stratégies destinées à réduire la stigmatisation en recrutant des leaders au niveau communautaire, à normaliser le VIH et à faciliter l'accès aux services des femmes vivant avec le VIH. Les programmes doivent aussi resserrer les relations entre le système de santé formel et les organisations communautaires pour étendre les services de prévention du VIH, familiariser les patientes avec le traitement et les y préparer.

aux facteurs sociaux, notamment le coût des prestations et du transport, la pénurie de soignants qualifiés, le manque de fournitures sanitaires essentielles dans les établissements de santé et le soutien insuffisant des partenaires masculins. Dans de nombreux endroits, la crainte d'être identifiées comme séropositives ou la peur d'être rejetées ou abandonnées empêche beaucoup de femmes d'apprendre leur statut sérologique, d'adopter un comportement préventif ou d'avoir accès aux services de santé. La participation des communautés, y compris les partenaires masculins, les familles et les communautés est nécessaire pour élargir le recours des femmes aux services de prévention et pour lever les obstacles socioculturels liés à la stigmatisation, la discrimination et la violence familiale (encadré 5.5).

5.3 Éviter les grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH

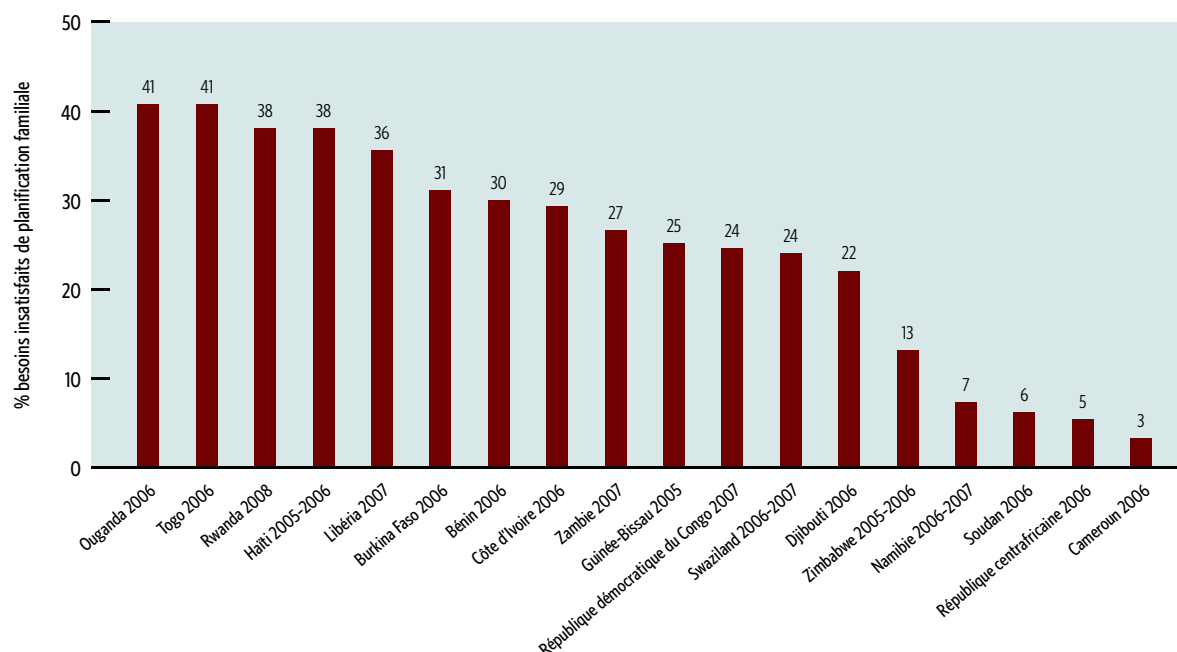
Les femmes qui vivent avec le VIH et connaissent leur statut sérologique ont tout particulièrement besoin de services de santé génésique pour prendre des décisions éclairées sur la procréation, notamment pour savoir quand demander un soutien et rechercher des services de prévention des grossesses non désirées (42). Néanmoins, on dispose de peu de données systématiques que ce soit de la part des systèmes nationaux d'information sanitaire ou des enquêtes démographiques pour évaluer l'accès et l'utilisation des services de planification familiale des femmes vivant avec le VIH au niveau de la population. Les informations disponibles documentent les pratiques générales de planification familiale chez les femmes en âge de procréer.

Dans le monde, on estime que 80 millions (38%) des 211 millions de grossesses qui surviennent chaque année n'étaient pas voulues (43). De plus, des données provenant d'enquêtes démographiques réalisées entre 2006 et 2008 dans des pays à épidémie généralisée font apparaître dans plusieurs pays de forts besoins non satisfaits de planification familiale chez les femmes mariées (figure 5.4). La moitié des pays font état de plus de 25% de besoins insatisfaits de planification familiale, l'Ouganda et le Togo rapportant les taux les plus élevés avec 41%.

D'après les études provenant de pays avec une épidémie généralisée en Afrique subsaharienne, les taux de grossesse

non désirée chez les femmes vivant avec le VIH pourraient être plus élevés que dans la population générale. Les travaux menés en Afrique du Sud, en Côte d'Ivoire et en Ouganda font état de taux de grossesse non désirée qui vont de 51% à plus de 90% dans différentes populations de femmes vivant avec le VIH (45–47). Une étude transversale parmi 459 femmes et hommes vivant avec le VIH dans la ville du Cap, Afrique du Sud (48), a renseigné sur les besoins en matière de procréation des personnes vivant avec le VIH. L'étude a montré que 57% des hommes et 45% des femmes déclaraient être ouverts à l'idée d'avoir un enfant. Parmi les femmes qui suivaient un traitement pour le VIH, près de 11% ont affirmé avoir été enceintes après l'initiation du traitement, toutes ces grossesses étaient non désirées et seulement la moitié de ces femmes avaient accès à un programme pour prévenir la transmission mère-enfant pendant la grossesse. L'étude a aussi montré que le tiers des femmes et les deux tiers des hommes souhaitaient parler de leurs intentions de procréation avec un soignant. Ces résultats montrent à nouveau combien il est important de renforcer les liens entre le traitement du VIH et les services de santé génésique, et aussi de mieux intégrer les services de planification familiale avec la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, en faisant entrer les services de planification familiale dans des sites tels que les dispensaires de traitement antirétroviral et en incluant les interventions de prise en charge du VIH dans les services de planification familiale.

Figure 5.4. Besoins insatisfaits [%] de planification familiale chez les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans dans des pays à épidémie généralisée, 2006–2008



Source: Enquêtes démographiques et sanitaires [site Internet] (26) ; Enquête à indicateurs multiples [site Internet] (27) ; Enquête sanitaire auprès des ménages au Soudan [site Internet] (44).

5.4 Prévenir la transmission du VIH des femmes vivant avec le VIH à leurs enfants

Depuis les premiers essais cliniques qui ont démontré l'efficacité de l'administration de schémas antirétroviraux de courte durée pour prévenir la transmission de l'infection à VIH des mères à leurs nourrissons en 1998, les preuves scientifiques et l'expérience des programmes autour de la prévention, du traitement, des soins et du soutien en matière de VIH pour les femmes et les enfants ont continué d'évoluer rapidement, accompagnées d'une évolution correspondante des recommandations internationales.

Prévenir la transmission du VIH d'une femme séropositive à son enfant exige un ensemble d'interventions séquentielles :

- conseil et dépistage du VIH pour les femmes enceintes et leurs partenaires ;
- évaluation clinique et immunologique (CD4) des mères pour déterminer s'il convient d'initier le traitement ;
- traitement antirétroviral des femmes qui en ont besoin pour leur propre santé ou prophylaxie antirétrovirale pour les mères et prophylaxie antirétrovirale pour les nourrissons afin de prévenir la transmission verticale ;
- pratiques obstétricales plus sûres ; et
- conseil et soutien en matière d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans le contexte du VIH.

Des programmes complets pour les femmes et les enfants incluent aussi le diagnostic précoce et un suivi des nourrissons exposés au VIH ainsi que des relations fortes avec les services de soins et de soutien pour les mères et les nourrissons (section 5.5).

5.4.1 Conseil et dépistage du VIH chez la femme enceinte

Le conseil et le dépistage du VIH pour les femmes enceintes dans le contexte de la prévention de la transmission mère-enfant est le principal point d'entrée pour assurer des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH aux femmes et aux enfants dans les environnements à ressources limitées. L'accès à un test du VIH dès que possible pendant la grossesse permet aux femmes enceintes vivant avec le VIH de bénéficier des interventions nécessaires pour réduire le risque de transmission du virus à leurs enfants. La connaissance du statut sérologique chez les femmes enceintes séronégatives est tout aussi importante pour informer, les aider à demeurer en bonne santé et tout particulièrement à se prémunir contre l'infection à VIH pendant la grossesse et l'allaitement ; le risque de transmission mère-enfant est en effet élevé si la séroconversion se produit pendant ces périodes.

Dans les pays à épidémies généralisées, les directives internationales (49) recommandent de proposer le conseil et le dépistage du VIH à toutes les femmes se rendant dans des services de soins prénatals, obstétricaux et du post-partum. Dans les pays à épidémie concentrée ou à faible prévalence du VIH, la décision de faire du conseil et dépistage à l'initiative du soignant un volet systématique des services prénatals, obstétricaux et du post-partum doit être fondée sur le contexte épidémiologique et social

local et sur les ressources disponibles. La recommandation du dépistage du VIH devrait toujours s'accompagner de l'information nécessaire et de conseils après le test ; en outre, il convient d'obtenir le consentement de la patiente avant de réaliser le test.

Dans des pays à forte prévalence du VIH, l'expansion du conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé comme élément du paquet standard de services de soins prénatals et obstétricaux, basée sur le test rapide du VIH avec transmission du résultat le jour même du test, a été déterminante pour accroître le recours au dépistage du VIH chez les femmes enceintes.

Fin 2008, 68 des 123 pays (55%) ayant rapporté des données appliquaient des politiques de conseil et dépistage à l'initiative du soignant avec consentement éclairé dans au moins 25% des centres de soins prénatals. Trente-sept pays (30%) avaient mis en œuvre cette politique dans plus de 75% de leurs consultations prénatals, dont 5 des 21 pays (24%) ayant documenté cette politique en Amérique latine et aux Caraïbes et 25 des 46 pays ayant transmis des informations (54%) en Afrique subsaharienne.

Soixante-quatre pays à revenu faible ou intermédiaire (52%) ont indiqué qu'ils réalisaient des tests rapides du VIH avec retour du résultat le même jour dans au moins 25% des centres de soins prénatals en 2008. Trente-huit pays (31%) dont 25 pays en Afrique subsaharienne avaient appliqué ce service dans 75% au moins de leurs consultations prénatals.

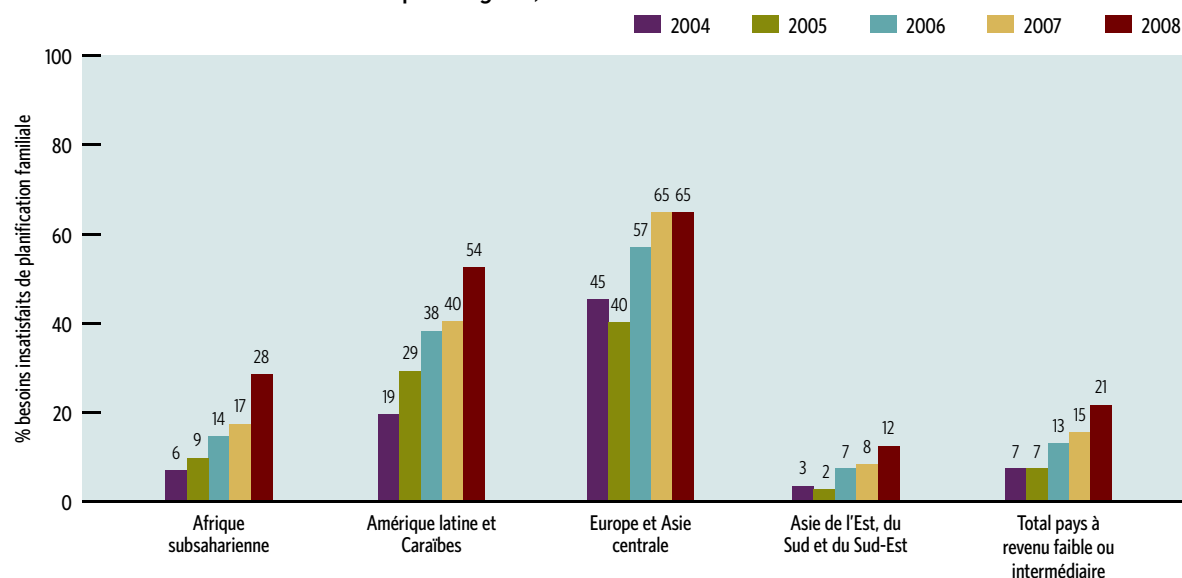
De plus, des 20 pays les plus affectés par l'infection à VIH chez les femmes enceintes, dix (Botswana, Cameroun, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Ouganda, Zambie et Zimbabwe) avaient étendu le conseil et dépistage à l'initiative du soignant et les tests rapides du VIH à 75% au moins de leurs centres de soins prénatals.

Le pourcentage de femmes enceintes qui ont bénéficié d'un test du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est passé de 15% en 2007 à 21% en 2008 (figure 5.). En Afrique subsaharienne, ce taux a grimpé de 17% en 2007 à 28% en 2008. Les pays d'Afrique orientale et australe affichent une hausse sensible, de 29% en 2007 à 43% en 2008, alors que l'Afrique centrale et de l'Ouest passe de 7% à 16% pendant la même période.

En Amérique latine et aux Caraïbes, 46% des femmes enceintes se sont fait tester pendant leur grossesse en 2008, contre 40% en 2007. Le taux de couverture est plus modeste en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est : il atteignait 12% en 2008, contre 8% en 2007. La faiblesse de ces taux de couverture est probablement due au manque de politiques encourageant l'offre systématique du test à toutes les femmes enceintes dans les pays à épidémie concentrée et de faible intensité. En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, moins de 1% des femmes enceintes ont effectué un test du VIH pendant leur grossesse en 2008.

Bien que la couverture du dépistage du VIH chez les femmes enceintes ne soit que de 21% dans les pays à revenu faible

Figure 5.5. Pourcentage de femmes enceintes qui ont réalisé un test du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire par région, 2004–2008^a



^a Les chiffres sur la couverture du dépistage du VIH chez les femmes enceintes ont été recalculés pour les années précédentes à partir des estimations révisées disponibles.

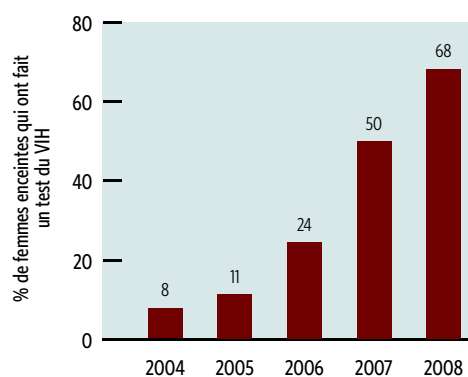
Encadré 5.6. Étendre le dépistage du VIH chez les femmes enceintes au Malawi

En 2008, au Malawi la couverture du conseil et dépistage chez les femmes enceintes pendant la grossesse ou l'accouchement a atteint 68% (406 000 sur 599 000) (figure 5.6). Ces cinq dernières années, le pays a connu une expansion régulière du dépistage du VIH chez les femmes enceintes : 8% en 2004, 11% en 2005, 24% en 2006, 50% en 2007 et 68% en 2008.

Ces remarquables progrès dans l'expansion des services de prévention de la transmission mère-enfant sont dus à une forte volonté politique et au leadership stratégique du Malawi. La préparation d'un plan d'accélération assorti d'objectifs clairs, de cibles et d'approches stratégiques, de même que l'existence de collaborations solides et coordonnées avec les partenaires d'exécution et de développement ont été déterminantes pour mobiliser les ressources et l'assistance technique requises pour la mise en œuvre rapide des interventions en matière de VIH à l'intention des femmes et des enfants. Ces dernières années, le Malawi a reçu des ressources substantielles du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour soutenir la riposte au VIH.

Des approches novatrices de la prestation des services ont aussi joué un rôle capital pour accélérer l'expansion. Par exemple, la semaine nationale du dépistage du VIH, organisée chaque année, a non seulement aidé à accroître l'accès et l'utilisation des services, mais elle a aussi permis d'atténuer la stigmatisation et la discrimination, augmentant ainsi l'acceptation du dépistage dans des points de prestation des services systématiques. Le Malawi a aussi amélioré le système de gestion de la chaîne de distribution avec pour résultat une disponibilité régulière des fournitures essentielles et il a renforcé le système de suivi et d'évaluation avec le recueil et la transmission de données de qualité.

Figure 5.6. Pourcentage de femmes enceintes qui ont réalisé un test du VIH au Malawi, 2004–2008



ou intermédiaire, six des dix pays où vivent le plus grand nombre de femmes enceintes séropositives au VIH sont parvenus à une couverture du dépistage d'environ 60-80% des femmes enceintes : l'Afrique du Sud, le Kenya, le Malawi, le Mozambique, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie.

En 2008, 19 pays à revenu faible ou intermédiaire affichaient des taux de couverture des services de conseil et dépistage du VIH chez les femmes enceintes supérieurs à 80%. Il s'agit de trois pays de l'Afrique subsaharienne (Botswana, Namibie et Sao Tomé-et-Principe), cinq de l'Amérique latine et des Caraïbes (Argentine, Belize, Costa Rica, Cuba et Guyana), dix d'Europe et de l'Asie centrale (Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lituanie, République de Moldova et Ukraine), et un de l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (Thaïlande).

Tester les partenaires masculins dans le contexte de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH demeure un défi dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire. En 2008, 57 pays ont renseigné sur le nombre de partenaires masculins des femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales qui se sont prêtés à un test du VIH. La proportion de femmes enceintes s'étant rendues

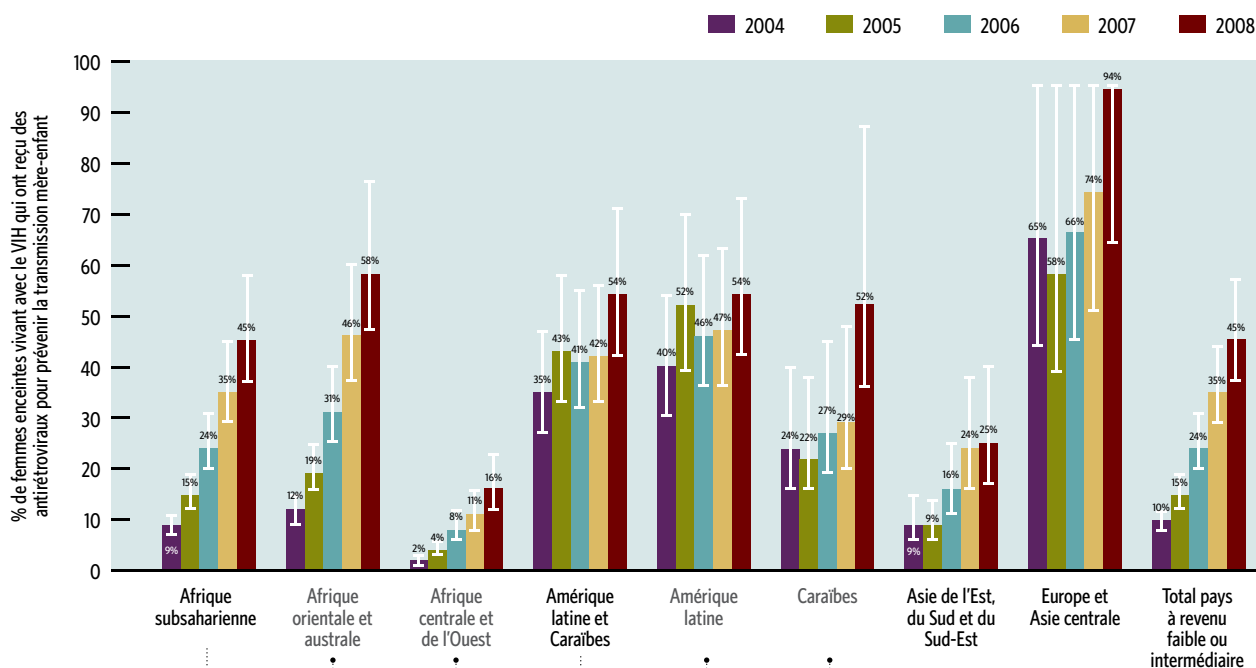
dans un service de soins prénatals dont le partenaire masculin avait été testé pour le VIH était de 5% en 2008, contre 2% en 2007 (570 000 partenaires masculins testés dans ces pays en 2008 contre 360 000 partenaires testés en 2007). Le Rwanda présente un résultat encourageant : la proportion de femmes enceintes ayant consulté des services de soins prénatals dont le partenaire sexuel a été testé pour le VIH est passée de 65% en 2007 à 77% en 2008.

5.4.2 Antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, notamment le traitement antirétroviral des mères qui en ont besoin

Couverture des antirétroviraux chez les femmes enceintes vivant avec le VIH

En 2008, 45% [37-57%] des femmes enceintes vivant avec le VIH dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (628 400 des 1,4 million de femmes enceintes séropositives) ont reçu des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant, y compris un traitement antirétroviral pour leur propre santé (figure 5.7). Cela représente une augmentation sensible de la couverture des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant qui était de 10% [8-12%] en 2004, 15% [12-18%] en 2005, 24% [20-31%] en 2006 et 35% [29-44%] en 2007.

Figure 5.7. 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 par région, 2004-2007



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

Source: Données transmises par les pays à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en réponse au questionnaire annuel de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2009.

Tableau 5.2. Estimation du nombre de femmes qui ont reçu et qui avaient besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire par région, 2008^a

Région géographique	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, 2008	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, 2008 [fourchette]	Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, 2008 [fourchette] ^b	Pourcentage du nombre estimé de femmes enceintes séropositives ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant
Afrique subsaharienne	575 800	1 280 000 [990 000-1 600 000]	45% [37-58%]	91%
Afrique orientale et australe	515 500	900 000 [680 000-1 100 000]	58% [47-76%]	64%
Afrique centrale et de l'Ouest	60 300	380 000 (260 000-510 000)	16% [12-23%]	27%
Amérique latine et Caraïbes	17 100	32 000 [24 000-41 000]	54% [42-71%]	2%
Amérique latine	13 000	24 000 [18 000-31 000]	54% [42-73%]	2%
Caraïbes	4 100	7 900 [4 700-11 000]	52% [36-87%]	1%
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	21 700	85 000 [54 000-130 000]	25% [17-40%]	6%
Europe et Asie centrale	12 600	13 400 [8 100-20 000]	94% [64% - >95%]	1%
Afrique du Nord et Moyen-Orient	<200	13 400 [6 800-22 000]	1% [1-2%]	1%
Tous les pays à revenu faible ou intermédiaire	628 400	1 400 000 [1 100 000-1 700 000]	45% [37-57%]	100%

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

^a L'annexe 3 présente des données spécifiques pour chaque pays.

^b L'estimation relative au taux de couverture est fondée sur l'estimation non arrondie des femmes enceintes recevant et ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant.

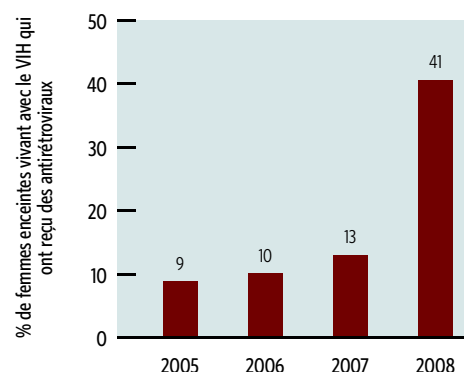
Encadré 5.7. Élargir l'accès aux antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire

En 2008, la Côte d'Ivoire a administré des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH à 41% (9296 sur 22 450) des femmes enceintes vivant avec le VIH, contre 13% en 2007 et moins de 10% en 2005 et 2006 (figure 5.8). C'est l'accroissement le plus significatif en points de pourcentage pour les pays d'Afrique centrale et de l'Ouest.

Ce progrès remarquable est l'aboutissement d'approches énergiques de plaidoyer, de la formulation de politiques et de programmes novateurs et d'une assistance technique soutenue, y compris de la part de l'IATT. En 2008, le Gouvernement ivoirien a opté pour la décentralisation de la prestation des services avec une approche basée sur les districts, qui prévoyait notamment l'établissement de plans opérationnels de district dans certaines régions avec l'appui de l'UNICEF, de la Fondation Elizabeth Glaser pour le sida pédiatrique, du Centre international pour les programmes de soins et de traitement du sida et de l'Association ACONDA/ ESTHER (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau). Par conséquent, la proportion de centres assurant des soins prénatals qui offrent le dépistage du VIH et des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant est passé de 21% (147 sur 716) en 2006 à 44% (356 sur 716) en 2008.

Avec le concours des partenaires d'exécution, notamment le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida, le programme national a aussi introduit un financement subordonné aux résultats dans des districts choisis pour mobiliser des ressources en faveur des activités élargies et décentralisées, motiver les soignants, relever la qualité des services et promouvoir l'utilisation de ceux-ci. Des groupes d'appui par les pairs ont été créés dans chaque site pour promouvoir l'engagement de la communauté comme élément de la stratégie d'expansion. Parmi les facteurs qui ont contribué à l'élargissement de l'accès et de l'utilisation des antirétroviraux maternels, il convient de citer une meilleure prévision et gestion de la chaîne de distribution des médicaments antirétroviraux et des produits liés ; l'harmonisation des systèmes de suivi et d'évaluation ; et la coordination de l'assistance technique de la part des partenaires de développement, en particulier par le biais des missions techniques conjointes de l'IATT.

Figure 5.8. Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire, 2005-2008



En Afrique subsaharienne, la couverture des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH atteignait 45% [37-58%] en 2008. L'Afrique orientale et australe a accompli des progrès sensibles, la couverture y est en effet passée de 46% [37-60%] en 2007 à 58% [47-76%] en 2008. La couverture en Afrique centrale et de l'Ouest, qui a augmenté de 11% [8-16%] en 2007 à 16% [12-23%] en 2008, était plus faible que celle de l'Afrique orientale et australe. Néanmoins elle était largement influencée par les résultats de deux pays, la République démocratique du Congo et le Nigéria, qui présentent la plus forte épidémie d'infection à VIH dans la région.

Les pays d'Europe et de l'Asie centrale ont conservé des niveaux élevés de couverture, avec 94% [64% à >95%] des femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux. La couverture en Amérique latine est passée de 47% [36-63%] en 2007 à 54% [42-73%] en 2008. Des progrès notables ont été relevés aux Caraïbes, où 52% [36-87%] des femmes enceintes séropositives ont pris des antirétroviraux alors qu'elles n'étaient que 29% [20-48%] en 2007. En Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, à peine 25% [17-40%] des femmes enceintes vivant avec le VIH ont bénéficié d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Les taux de couverture étaient plus bas en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, où environ 1% des femmes enceintes vivant avec le VIH ont bénéficié

d'antirétroviraux pour prévenir la transmission verticale de l'infection à VIH (tableau 5.2).

La couverture des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant varie parmi les 20 pays où vivent le plus grand nombre de femmes enceintes séropositives avec le VIH, allant de 5% en République démocratique du Congo et au Tchad, à plus de 95% au Botswana (figure 5.9). Tous ces 20 pays, à l'exception de la République démocratique du Congo, montrent des progrès dans l'utilisation de la prophylaxie antirétrovirale maternelle depuis 2007, avec une rapide accélération en Côte d'Ivoire (de 13% en 2007 à 41% en 2008 (encadré 5.7)) et au Lesotho (de 27% en 2007 à 57% en 2008).

La figure 5.9 représente les 20 pays où vivent le plus grand nombre de femmes enceintes ayant besoin d'antirétroviraux pour réduire la transmission mère-enfant et l'estimation de la couverture des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant. Dans douze de ces pays la couverture des besoins est de moins de 50% des femmes enceintes qui vivent avec le VIH. Des 20 pays, seul le Botswana est parvenu à l'objectif d'une couverture de 80% des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, objectif qui a été adopté lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (figure 5.10).

Figure 5.9. Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH dans les 20 pays les plus affectés par l'infection à VIH chez les femmes enceintes (par ordre décroissant), 2008

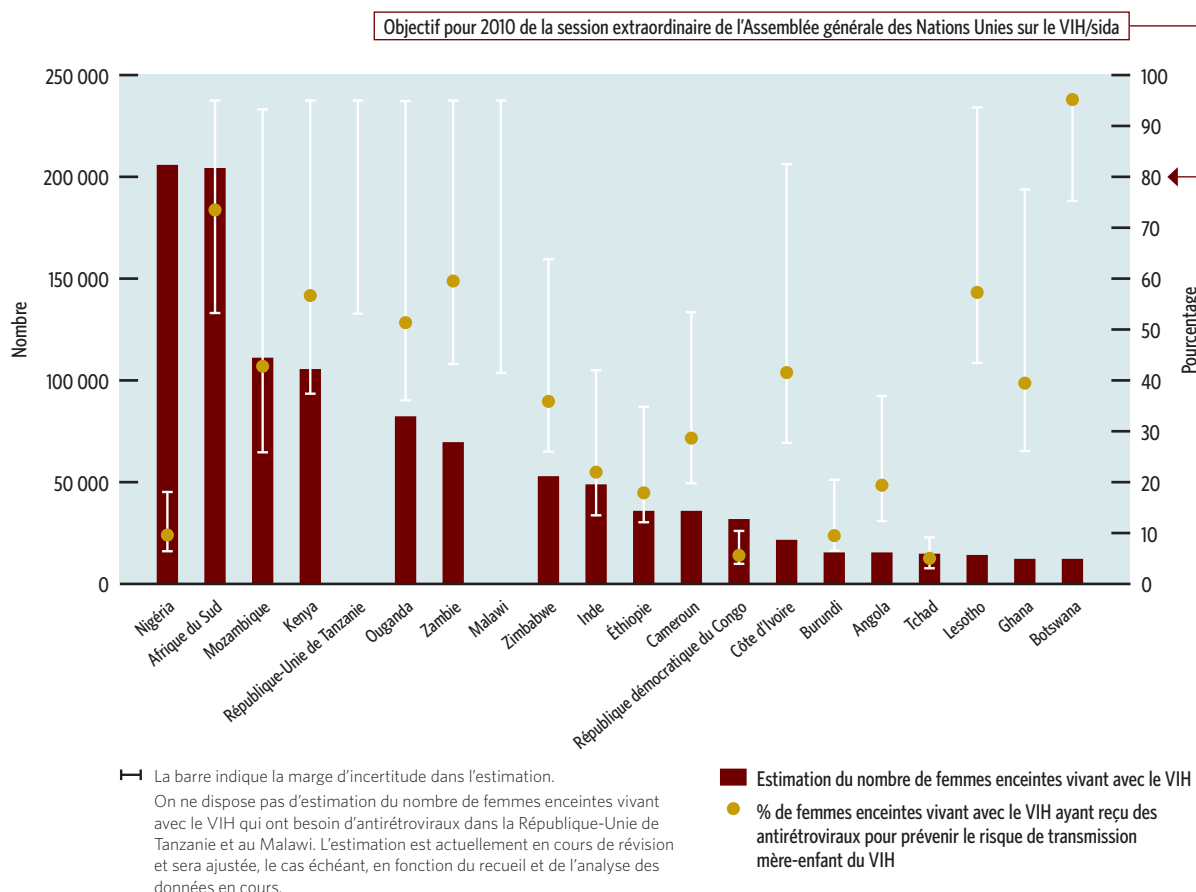
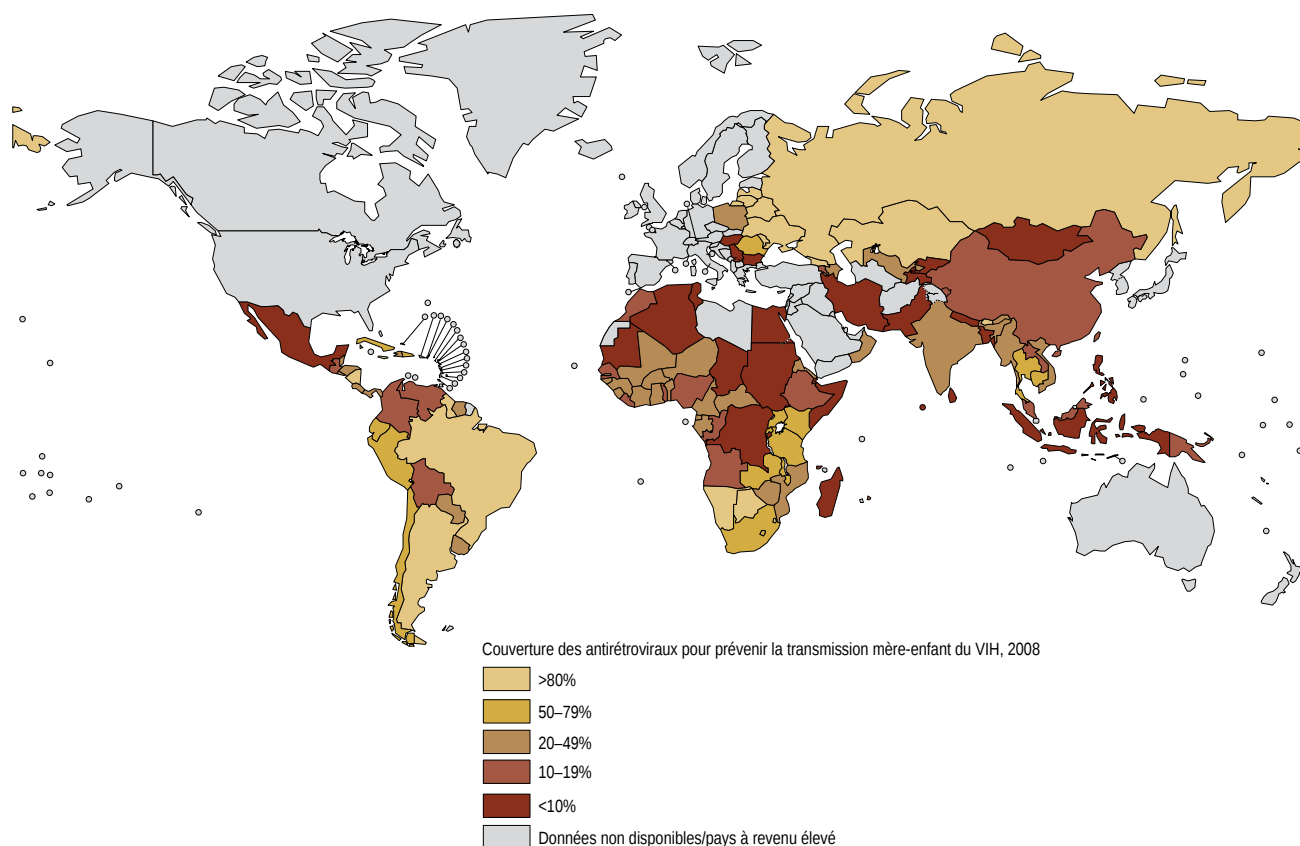


Figure 5.10. Couverture des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, 2008



L'efficacité des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH varie selon le type d'association thérapeutique utilisée et la durée du traitement. Depuis 2006, un nombre croissant de pays ont abandonné le schéma à dose unique de névirapine pour se tourner vers des associations plus efficaces de deux ou trois médicaments antirétroviraux.

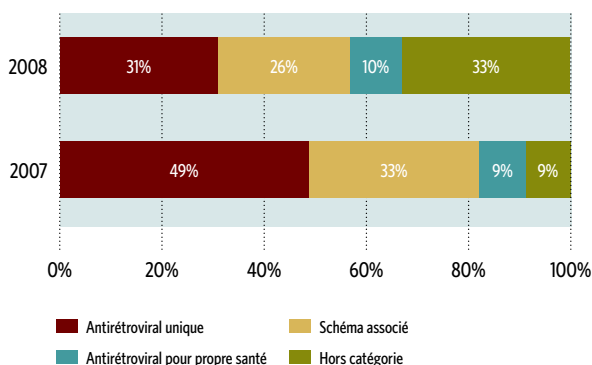
Davantage de pays sont à même de rapporter des données désagrégées sur la répartition des schémas antirétroviraux administrés aux femmes enceintes vivant avec le VIH pour prévenir la transmission mère-enfant (97 pays en 2008, contre 59 en 2007). Néanmoins, il est difficile d'analyser la répartition mondiale des différents schémas car beaucoup de pays n'ont pas encore achevé de mettre en place les mécanismes nationaux de suivi. Dans un tiers des pays, les données ventilées par schéma antirétroviral administré n'étaient pas disponibles pour toutes les femmes. Par conséquent, s'il est encourageant de constater que plus de pays ont mis en place des systèmes de suivi de l'utilisation de schémas plus efficaces, dans beaucoup d'entre eux, ces systèmes ne fonctionnent pas encore à l'échelle nationale. C'est pourquoi une forte proportion des schémas antirétroviraux reçus par les femmes vivant avec le VIH sont classés hors catégorie (passant de 9% en 2007 à 33% en 2008).

Dans les 97 pays qui ont transmis des données ventilées sur les schémas antirétroviraux pour 2008, 31% des femmes ayant reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant avait reçu un schéma à dose unique, contre 49% en 2007 (figure 5.11). Le pourcentage de femmes bénéficiant d'une association prophylactique était de 26%, mais compte tenu de la forte proportion de schémas classés hors catégorie, dans l'ensemble, il est probable que davantage de pays abandonnent le schéma à dose unique en faveur d'associations prophylactiques plus efficaces et administrent un traitement antirétroviral aux femmes enceintes vivant avec le VIH qui en ont besoin pour leur propre santé.

La répartition des schémas varie selon la région. En Afrique subsaharienne, au moins 30%¹ des femmes qui ont eu accès à des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant ont reçu des schémas à dose unique en 2008, contre 49% en 2007. Les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes, d'Europe et de l'Asie centrale et de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient ont administré le schéma le plus efficace à la grande majorité des femmes ayant pris des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, alors que ceux de l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est ont fourni le schéma le moins efficace.

¹ « Au moins » 30% parce qu'une partie des schémas hors catégories sont un schéma à dose unique.

Figure 5.11. Répartition en pourcentage des différents schémas antirétroviraux administrés aux femmes enceintes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2007 et 2008, sur la base des données disponibles



Pour parvenir à l'objectif de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, à savoir administrer des antirétroviraux à 80% des femmes enceintes vivant avec le VIH pour prévenir la transmission mère-enfant, il faudrait qu'au moins 1,1 million des quelque 1,4 million de femmes enceintes vivant avec le VIH aient accès à cette intervention. Cela donne une idée des lacunes dans la riposte mondiale : au moins un demi-million de femmes enceintes supplémentaires vivant avec le VIH doivent recevoir des antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire pour réaliser cet objectif, en plus des 628 400 mères qui ont eu accès à cette intervention en 2008.

Fin 2008, on estime que les pays suivants avaient atteint l'objectif de la session extraordinaire et avaient prescrit des antirétroviraux à 80% des femmes enceintes vivant avec le VIH : Argentine, Bélarus, Bhoutan, Botswana, Brésil, Fédération de Russie, Géorgie, Guyana, Jamaïque, Kazakhstan, Lettonie, Lituanie, Namibie, Nicaragua, République de Moldova, Swaziland, Thaïlande et Ukraine¹.

Les 20 pays où vivaient le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH en 2008 contribuent collectivement à environ 90% du retard pris dans le monde pour parvenir à l'objectif de la session extraordinaire (figure 5.12). Le retard mondial est la différence entre le nombre actuel de femmes qui ont accès à des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant et l'estimation du nombre de femmes qu'il faudra atteindre pour parvenir à l'objectif d'une couverture de 80%. À lui seul, le

¹ Les pays figurant sur la liste autres que le Botswana, la Namibie et le Swaziland ont une épidémie concentrée ou à faible intensité, et une plus forte incertitude entoure les estimations du nombre de femmes ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant. De plus, au Bélarus, au Bhoutan, en Géorgie, au Guyana, en Jamaïque, au Kazakhstan, en Lettonie, en Lituanie, au Nicaragua et dans la République de Moldova, le nombre estimé de femmes ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant est faible (moins de 500), et les données pour ces pays doivent donc être interprétées avec prudence. L'estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant au Brésil est en cours de révision. Néanmoins, selon les estimations préliminaires, ces pays ont atteint les objectifs de la session extraordinaire de l'Assemblée générale.

Encadré 5.8. Recommandations sur les schémas thérapeutiques antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH

Les principes directeurs publiés par l'OMS en 2006 (50) recommandent un dépistage clinique et immunologique de toutes les femmes enceintes dont le test est positif au VIH. Les femmes enceintes qui vivent avec le VIH et qui ont besoin d'un traitement antirétroviral pour leur propre santé devraient le recevoir immédiatement. L'instauration du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes qui en ont besoin améliore leur propre santé, mais elle réduit également sensiblement la transmission du VIH à leur nourrisson. Garantir la santé de la mère améliore donc le bien-être et la survie de l'enfant.

Pour les femmes enceintes séropositives au VIH qui n'ont pas encore besoin d'un traitement antirétroviral, les directives de l'OMS recommandent d'utiliser une association prophylactique d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Le schéma recommandé par l'OMS est basé sur la zidovudine (à partir de 28 semaines de grossesse ou dès que possible par la suite) plus une dose unique de névirapine et de lamivudine pendant l'accouchement et un complément de sept jours de zidovudine et lamivudine pour la mère ; pour le nouveau-né, une dose unique de névirapine et une ou quatre semaines de zidovudine. Dans les environnements qui n'ont pas encore la capacité d'administrer le schéma prophylactique recommandé pour prévenir la transmission mère-enfant, il peut se révéler nécessaire de recourir, comme minimum absolu, au schéma à dose unique (pour la mère et l'enfant) de névirapine.

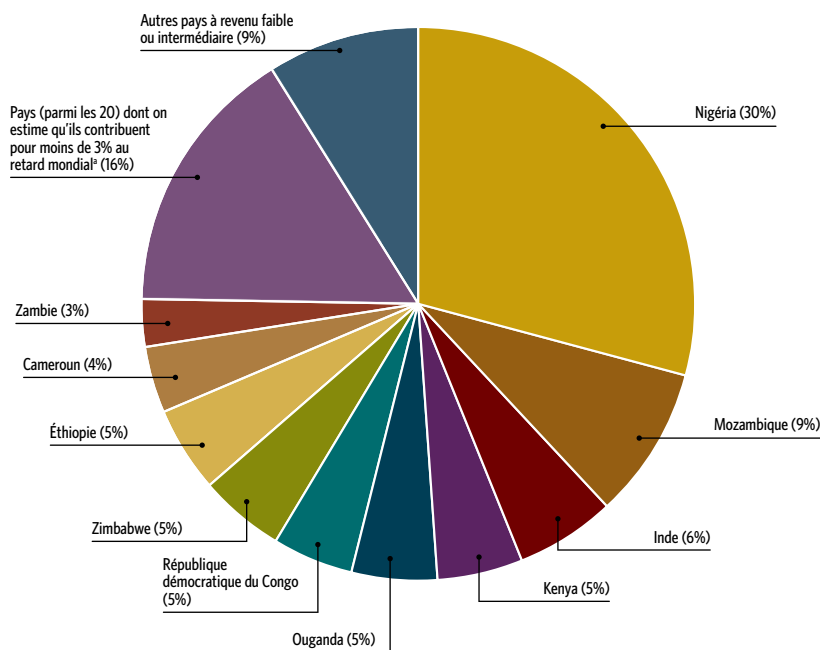
La prévention de la transmission mère-enfant du VIH est un domaine d'activité en évolution, dans lequel apparaissent rapidement de nouvelles données de la recherche et des expériences tirées des programmes. En novembre 2008, l'OMS a organisé une consultation d'experts pour analyser les nouvelles informations produites depuis la publication des directives de 2006 sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant. La consultation a recommandé de revoir le guide et d'initier plus tôt le traitement antirétroviral chez les femmes enceintes pour leur propre santé (de manière que les femmes puissent recevoir un traitement lorsque la numération des CD4 est plus élevée que cela n'est actuellement recommandé), de réviser les directives sur la prophylaxie antirétrovirale chez le nourrisson et de simplifier les directives actuelles pour faciliter la mise en œuvre à l'échelle nationale. L'OMS révisera les directives actuelles à la fin de 2009.

Nigéria compte pour 30% de ce retard. Le Mozambique, en atteignant le seuil de 80%, réduirait l'écart mondial de 8%, l'Inde de 6%, l'Éthiopie, le Kenya, l'Ouganda, la République démocratique du Congo et le Zimbabwe de 5%. Une extension rapide dans ces pays est de toute évidence déterminante pour parvenir un jour à l'objectif d'une génération libérée du VIH.

Prophylaxie antirétrovirale chez les nourrissons nés de mères vivant avec le VIH

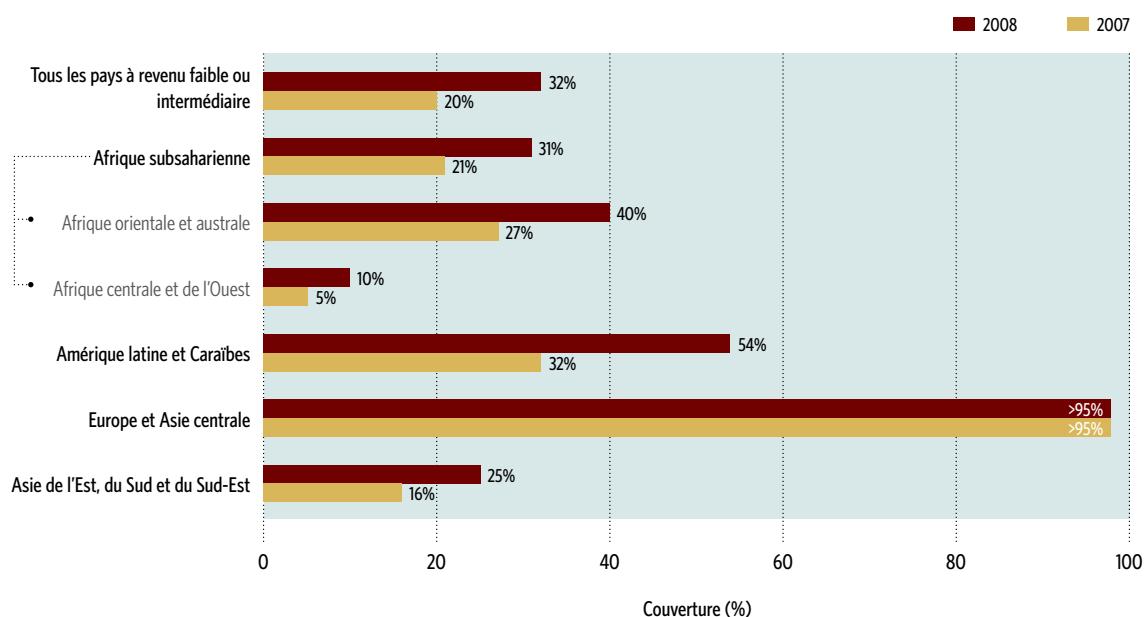
La couverture de la prophylaxie antirétrovirale chez le nourrisson a aussi augmenté, conformément à l'utilisation accrue des antirétroviraux chez les femmes enceintes vivant avec le VIH. En 2008, 32% des 1,4 million de nourrissons nés de mères vivant avec le VIH ont reçu des antirétroviraux pour

Figure 5.12. Contribution des 20 pays qui abritent le plus grand nombre de femmes ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH au retard mondial pour atteindre 80% des femmes en ayant besoin, 2008



* Ces pays comprennent l'Afrique du Sud, l'Angola, le Botswana, le Burundi, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Lesotho, le Malawi, la République-Unie de Tanzanie et le Tchad.

Figure 5.13. Couverture de la prophylaxie antirétrovirale chez les nourrissons nés de mères vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, par région, 2008

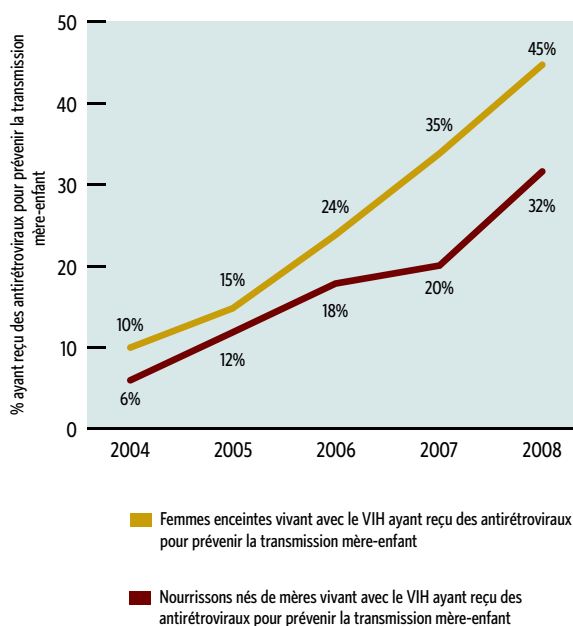


prévenir la transmission mère-enfant, contre 20% en 2007, 18% en 2006, 12% en 2005 et 6% en 2004 (figure 5.14).

La couverture en Europe et Asie centrale est très élevée, proche de 100%. En Amérique latine et aux Caraïbes, plus de la moitié des enfants en ayant besoin ont eu accès à cette intervention en 2008, par rapport à 32% en 2007. En Afrique subsaharienne, l'Afrique orientale et australe a sensiblement relevé sa couverture qui est passée de 27% en 2007 à 40% en 2008. L'Afrique centrale et de l'Ouest a presque doublé le nombre d'enfants exposés au VIH qui ont bénéficié des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant ; néanmoins, la couverture dans cette sous-région demeure très modeste (10%). La couverture était faible aussi en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, atteignant seulement 25% en 2008. En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, elle était d'environ 1% (figure 5.13).

En dépit des progrès globaux, il reste un écart important entre l'utilisation des schémas antirétroviraux chez l'enfant et la mère (430 000 contre 624 000 respectivement). Bien que le décalage entre le nombre de mères et de nourrissons bénéficiant de la prophylaxie antirétrovirale reflète partiellement l'inadéquation des systèmes de suivi et d'évaluation pour rapporter des données sur les services fournis, combler cet écart exigera aussi de renforcer les mécanismes de suivi à l'intérieur et à l'extérieur des systèmes de soins de santé.

Figure 5.14. Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH et de nourrissons à qui elles ont donné naissance qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, 2004–2008



Évaluer l'éligibilité au traitement antirétroviral chez les femmes enceintes vivant avec le VIH pour leur propre santé

Quand une femme enceinte est identifiée comme séropositive au VIH, il faut évaluer le stade clinique de l'infection et, lorsque c'est possible, réaliser une numération des CD4 pour déterminer si elle a besoin d'un traitement antirétroviral pour sa propre santé ou seulement d'une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission mère-enfant. Les recommandations de l'OMS sur l'approche de santé publique soulignent les avantages d'une disponibilité élargie de la numération des CD4 pour guider les décisions sur le moment où il convient d'instaurer le traitement antirétroviral. Dans les environnements à ressources limitées, où la numération des CD4 n'est pas largement disponible, les critères pour initier le traitement antirétroviral sont fondés principalement sur les stades cliniques de l'OMS.

En 2008, on estimait que 34% (contre 12% en 2007) des femmes enceintes qui avaient eu un résultat positif au test du VIH avaient été examinées pour déterminer si elles avaient besoin d'un traitement antirétroviral soit par évaluation du stade clinique soit par la numération des CD4. Un nombre croissant de pays renforcent leurs capacités nationales, notamment dans le cadre des services maternels et infantiles, pour élargir l'accès de la majorité des femmes enceintes vivant avec le VIH à la numération des CD4. Ils sont aussi plus nombreux à mettre en place des systèmes pour recueillir des données sur la numération des CD4 et pour retracer les progrès.

5.4.3. L'alimentation du nourrisson dans le contexte de la prévention de la transmission mère-enfant

L'allaitement par une mère vivant avec le VIH est associé au risque de transmission du VIH à son enfant aussi longtemps qu'elle le nourrit. Néanmoins, renoncer à l'allaitement fait courir au nourrisson un risque accru de décès dû à la diarrhée, la pneumonie et/ou la malnutrition. Les mères vivant avec le VIH doivent peser ces risques concurrents quand elles décident comment alimenter le nouveau-né.

Malgré des années d'expérience, dans beaucoup de pays, les services qui devraient aider les mères à prendre des décisions sur une alimentation à moindre risque de leur nourrisson demeurent inadaptés. Les conseils prodigués au cours des soins prénatals sont parfois insuffisants ou trop rares ; les agents de santé n'informent pas toujours les femmes de l'ensemble des options qui s'offrent à elle compte tenu de leur situation individuelle (51) ; les dispensaires de santé infantile apportent un soutien minime aux bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson ; et il arrive que le dépistage à six semaines des nourrissons exposés au VIH (aux fins d'un diagnostic précoce) coïncide à tort avec une révision des pratiques d'alimentation. Dans ces circonstances, l'alimentation des nourrissons exposés au VIH n'offre pas toutes les chances d'une survie en bonne santé et sans infection à VIH (encadré 5.9).

Encadré 5.9. Données scientifiques récentes sur le VIH et l'alimentation du nourrisson

On dispose désormais de solides données scientifiques permettant d'affirmer que les interventions antirétrovirales peuvent réduire la transmission du VIH par le lait maternel. Les essais contrôlés randomisés Mma Bana (54), BAN (55) et Kesho Bora (56) ont rapporté des taux de transmission périnatale de 1-3% quand les femmes vivant avec le VIH dont la numération des CD4 est supérieure à 200 par mm³ recevaient trois médicaments antirétroviraux pendant la durée de l'allaitement. Ces études n'ont pas encore indiqué si ces mêmes mères ont développé une résistance après avoir cessé de prendre les antirétroviraux et si cela a eu des répercussions néfastes pour elles lorsqu'elles doivent commencer un traitement antirétroviral pour leur propre santé.

Les recherches BAN (55), Malawi PEPI (57) et SWEN (58) ont évalué l'impact de la prise quotidienne de névirapine par les nourrissons nés de mères vivant avec le VIH qui les allaitaient. Quand les nourrissons recevaient de la névirapine tous les jours pendant les six mois d'allaitement, la transmission postnatale du VIH n'était que d'environ 1,8%. Après l'arrêt de la névirapine, la transmission reprenait, ce qui met en évidence la nécessité de traiter l'enfant pendant toute la durée de l'allaitement et non pas seulement pendant les premiers mois. D'autres études examinent l'utilisation élargie de la névirapine et d'autres médicaments comme options à la névirapine.

La recherche donne des orientations plus claires pour améliorer l'alimentation des nourrissons exposés au VIH. Il ne faut épargner aucun effort pour identifier et prescrire un traitement antirétroviral chez les femmes vivant avec le VIH éligibles. Pour les nourrissons nés de mères qui n'ont pas besoin d'un traitement antirétroviral, les données récentes suggèrent que l'utilisation des antirétroviraux par la mère pendant la période de l'allaitement ou la prise d'un médicament antirétroviral par l'enfant comme prophylaxie pendant l'allaitement peut aussi réduire la transmission, faisant ainsi de l'allaitement une option plus sûre pour les mères vivant avec le VIH. Ces interventions, combinées avec les connaissances sur les avantages de l'allaitement exclusif, offrent une occasion précieuse d'améliorer la survie sans VIH des générations futures de nourrissons exposés au virus. Fin 2009, l'OMS révisera ses recommandations sur le VIH et l'alimentation du nourrisson à la lumière des nouvelles données.

Le taux d'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de moins de six mois augmente régulièrement dans le monde, en particulier en Afrique subsaharienne (de 24% à 32% entre 1996 et 2006) (52). Les enquêtes démographiques recueillent des informations sur les pratiques d'alimentation des nourrissons, mais rares sont celles qui procurent des données ventilées par statut sérologique de la mère. D'après une récente analyse de 12 enquêtes démographiques réalisées entre 2003 et 2006 en Afrique subsaharienne, 31% des femmes vivant avec le VIH et 38% des femmes séronégatives au VIH nourrissaient exclusivement au sein leur bébé jusqu'à l'âge de six mois (53).

Rares sont les systèmes nationaux d'information sanitaire qui documentent systématiquement les pratiques alimentaires des mères vivant avec le VIH et de leurs nourrissons. Par conséquent, en 2008, peu de pays ont rapporté des données sur l'alimentation des nourrissons de la part des femmes vivant avec le VIH.

5.4.4 Évaluer l'impact des programmes de prévention de la transmission mère-enfant

Un nombre croissant de pays sont capables de retracer l'évolution du nombre de femmes ayant accès aux différents services liés à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Néanmoins, si l'on excepte des sites particuliers ou de recherche, la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire ne documentent pas l'impact réel des programmes élargis et de la prestation des services, notamment sur les infections à VIH évitées chez les enfants et sur la survie maternelle et infantile. La plupart des données de routine recueillies sur la prévention de la transmission mère-enfant renseignent sur les procédures de prestation de ces interventions plutôt que sur leur effet. Il est difficile d'évaluer combien de nourrissons nés de mères vivant avec le VIH ont été infectés, au moins pour deux raisons. Premièrement, toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH ne sont pas identifiées pendant les soins prénatals (certaines femmes sont infectées pendant la grossesse ou l'allaitement), et les enfants de ces femmes ne sont donc pas habituellement testés après la naissance. Deuxièmement, dans beaucoup d'environnements, même quand les mères connaissent leur statut et ont même pris des antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant, relativement peu d'entre elles amènent leur enfant pour qu'il soit testé dans les dispensaires de suivi, et les tests pour nourrissons ne sont pas toujours disponibles. Les effets sur les programmes des interventions visant à prévenir la transmission mère-enfant en Afrique subsaharienne ont rarement été systématiquement évalués. L'étude PEARL (encadré 5.10), financée par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et la Fondation Elizabeth Glaser pour le sida pédiatrique et mise en œuvre en Afrique du Sud, au Cameroun, en Côte d'Ivoire et en Zambie, a pour but d'évaluer l'efficacité des programmes nationaux de prévention de la transmission mère-enfant en combinant la surveillance du cordon ombilical pour y rechercher des traces d'antirétroviraux lors d'une naissance vivante, des enquêtes auprès des établissements de santé, des enquêtes à assise communautaire et une évaluation du rapport coût-efficacité (59). Une autre étude au KwaZulu-Natal, Afrique du Sud, a évalué les effets des programmes par une approche de surveillance, en testant tous les enfants venant dans les centres de vaccination à six semaines. Les deux études démontrent qu'il est possible de mesurer les effets des programmes pour prévenir la transmission mère-enfant et elles fournissent un outil puissant pour évaluer l'efficacité des programmes (encadré 5.10).

5.5 Traitement, soins et soutien de l'enfant avec le VIH

5.5.1 Diagnostiquer le VIH chez le nourrisson

L'infection à VIH est plus agressive chez le nourrisson et l'enfant que chez l'adulte. Un tiers des enfants infectés par le VIH meurent avant l'âge d'un an et près de 50% avant leur deuxième anniversaire. L'OMS recommande d'instaurer le traitement antirétroviral pendant la première année de vie de tout nourrisson chez qui on a diagnostiqué le virus (7).

Encadré 5.10. Évaluer les effets des interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH

L'étude PEARL – surveillance du sang dans le cordon ombilical pour mesurer l'utilisation réelle des antirétroviraux afin de prévenir la transmission mère-enfant du VIH

Un volet de l'étude PEARL a testé des échantillons de sang du cordon ombilical d'enfants nés vivants pour y rechercher des traces d'antirétroviraux et a recueilli des informations sur l'âge de la mère, le nombre de naissances antérieures, l'acceptation du dépistage du VIH, si les résultats ont été reçus et la réception d'antirétroviraux pour la mère et le nourrisson.

L'étude a défini la couverture des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant comme la proportion de couples mère-enfant avec ingestion confirmée de névirapine. L'ingestion maternelle était confirmée par la présence de névirapine dans le sang du cordon, et l'ingestion du nouveau-né était confirmée en examinant la documentation pertinente.

D'avril 2007 à octobre 2008, 28 060 spécimens de sang du cordon ont été recueillis de manière aléatoire dans 43 centres identifiés (en Afrique du Sud, au Cameroun, en Côte d'Ivoire et en Zambie) dont 12%, ou 3250, étaient séropositifs au VIH. Sur ce nombre, 2996 avaient des données complètes dans le dossier. Dans l'ensemble, la couverture telle que définie par l'étude était seulement de 50% avec une ingestion confirmée de névirapine chez la mère et le nourrisson. Les raisons de la non-couverture étaient multiples. On n'avait pas proposé de dépistage du VIH à 16% des femmes non couvertes. Six pour cent l'avaient refusé. Treize pour cent n'avaient pas obtenu le résultat positif de leur test et 7% n'avaient pas reçu la névirapine pour prévenir la transmission mère-enfant. Dans 27% des cas, la mère n'avait pas respecté le traitement prescrit et 14% des nourrissons n'étaient pas dosés. Une couverture plus élevée était positivement associée à l'âge de la mère et au nombre de visites prénatales. La non-observance du traitement par la mère (l'absence de névirapine dans le sang du cordon chez les femmes qui avaient reçu de la névirapine) était plus probable chez les femmes à qui on avait prescrit de la zidovudine et une dose unique de névirapine que chez les femmes qui n'avaient pris que de la névirapine.

L'étude démontre que les programmes de prévention de la transmission mère-enfant doivent être plus attentifs à chaque étape de la cascade d'interventions, depuis le dépistage du VIH jusqu'à l'administration du médicament et l'observance du traitement. Les goulets d'étranglement doivent être soigneusement identifiés et surveillés afin de pouvoir appliquer des mesures correctives propres à maximiser la probabilité que les services de prévention de la transmission mère-enfant atteignent ceux qui en ont besoin et évitent en fin de compte de nouvelles infections par le VIH.

Données encourageantes du KwaZulu-Natal, Afrique du Sud, sur les effets des interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH

En 2008-2009, dans la province du KwaZulu-Natal, Afrique du Sud, les effets des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ont été évalués en utilisant une méthode simple, mais efficace. L'équipe de surveillance a demandé à toutes les mères amenant leur nourrisson pour la vaccination systématique des six semaines la permission de prélever un échantillon de sang sur leur bébé. Toutes les mères ont été sollicitées, qu'elles aient été testées séropositives ou séronégatives pendant la dernière grossesse ou qu'elles aient ou non indiqué avoir bénéficié d'une intervention pour prévenir la transmission mère-enfant. Les mères ont été invitées à révéler leur statut sérologique, à dire si elles avaient pris des antirétroviraux et à fournir d'autres informations sociodémographiques. L'échantillon de sang séché a d'abord été testé pour des anticorps du VIH en utilisant un test ELISA. Les anticorps détectés chez le nourrisson à cet âge sont des anticorps maternels qui révèlent donc la prévalence maternelle et l'exposition du nourrisson au virus. Si des anticorps avaient été décelés, un test viral du VIH a été réalisé sur le même échantillon, pour indiquer le statut sérologique du nourrisson. Avec un seul échantillon, il était possible de déterminer la prévalence maternelle du VIH, la prévalence du VIH chez le nourrisson et les taux de transmission verticale mère-enfant.

Pendant 11 mois, 374 dispensaires dans six districts ont chacun été visités pendant 6-8 semaines par plusieurs équipes du projet. Des taches de sang séché ont été collectées sur 20-25 nourrissons dans chaque site.

Dans l'ensemble, 97% des femmes ont accepté de donner des informations sur leurs grossesses passées (environ 38 000 femmes) ; 89% des mères de nourrissons âgés de six semaines ont autorisé le prélèvement de taches de sang sur leur enfant pour réaliser des tests du VIH ($n = 8013$).

■ Proportion de mères qui avaient déjà réalisé un test du VIH.....	98.5%
■ Proportion de mères qui avaient fait un test du VIH pendant leur dernière grossesse.....	89.2%
■ Mères qui se déclaraient séropositives au VIH.....	40.2%
■ Parmi les mères qui déclaraient avoir participé à un programme de prévention de la transmission mère-enfant ($n = 3212$) :	
% ayant reçu seulement une dose unique de névirapine.....	9%
% ayant reçu de la zidovudine et une dose unique de névirapine.....	74%
% ayant suivi un traitement antirétroviral.....	13%
% n'ayant rien reçu.....	3%
■ Proportion de nourrissons avec présence d'anticorps (= prévalence du VIH chez la mère).....	40.4%
■ Proportion des nourrissons - ADN VIH positif (= prévalence du VIH chez le nourrisson).....	2.8%
■ Proportion de nourrissons exposés au VIH - ADN VIH positif (= taux de transmission verticale) - tous.....	7.0%

Un exercice similaire de surveillance avait été réalisé précédemment en 2004-2005 mais sur un échantillon plus réduit ($n = 2437$) à une période où seule une dose unique de névirapine était disponible. Le taux de transmission verticale à six semaines était de 21% contre 7% en 2008-2009. Cette réduction spectaculaire de la transmission peut être attribuée à trois facteurs : la grande majorité des femmes avaient été testées pendant la grossesse et connaissaient

leur statut sérologique ; environ 13% des femmes vivant avec le VIH suivaient un traitement antirétroviral ; à peine trois mois après l'introduction de la zidovudine dans le protocole clinique de l'Afrique du Sud, les services de soins prénataux étaient passés d'une dose unique de névirapine à une association thérapeutique plus efficace de telle façon que 74% des femmes enceintes vivant avec le VIH indiquaient avoir reçu les deux médicaments.

Ces données démontrent qu'il est possible de réaliser à grande échelle des interventions antirétrovirales efficaces et de réduire très nettement les taux de transmission. Bien qu'elles ne reflètent le succès qu'à un point précis dans le temps et ne comprennent pas la transmission ultérieure due à l'allaitement maternel, elles sont un motif d'optimisme et illustrent ce qui peut être accompli lorsqu'un engagement suffisant, le leadership, la formation et la supervision sont associés dans les systèmes de santé des districts. Le KwaZulu-Natal est un bon exemple d'évaluation de l'impact qui donne des informations ponctuelles et positives aux services de prévention de la transmission mère-enfant.

Source : Communication personnelle avec Sandile Buthelezi, Directeur en chef du VIH/sida, Département de la santé du KwaZulu-Natal, Pietermaritzburg, Afrique du Sud, et Christiane Horwood, Directrice adjointe, Centre de santé rurale, École de médecine Nelson R. Mandela, Université du KwaZulu-Natal, Durban, Afrique du Sud.

Un dépistage du VIH est nécessaire pour identifier de manière fiable l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant et initier les soins et le traitement en temps voulu. Le dépistage standard (rapide ou en laboratoire) des anticorps du VIH identifie les anticorps produits en réponse à l'infection à VIH. Néanmoins, parmi les nourrissons exposés au virus, les anticorps maternels du VIH sont passivement transférés à l'enfant pendant la grossesse et peuvent perdurer pendant la première année de vie (et exceptionnellement au-delà). Il est donc malaisé d'interpréter des résultats positifs au test des anticorps du VIH pendant cette période. L'infection à VIH pendant la première année de vie est par conséquent diagnostiquée de façon plus fiable par des tests virologiques, en détectant la présence de composants du virus lui-même, habituellement l'acide nucléique (l'ADN ou l'ARN du VIH) ou des antigènes viraux.

Tous les nourrissons exposés au VIH devraient faire l'objet d'un test virologique à l'âge de 4-6 semaines. Il faut supposer que les nourrissons dont le test virologique est positif sont séropositifs au VIH et commencer immédiatement un traitement antirétroviral, puis confirmer l'infection à VIH en répétant le test viral. Le test viral peut être pratiqué de manière probante sur les sites qui disposent de capacités de laboratoire suffisantes ou par des spécimens recueillis sur du papier filtre (taches de sang séché) et envoyés aux laboratoires capables de les tester. L'utilisation des taches de sang séché permet de recueillir des échantillons dans des endroits éloignés, donnant ainsi la possibilité aux pays qui disposent d'un nombre limité de laboratoires spécialisés d'élargir l'accès au dépistage virologique. Néanmoins, la mise en œuvre des protocoles de diagnostic est souvent compromise par le manque de compétences techniques, le sous-développement des capacités de laboratoire et la faiblesse des systèmes de transport des spécimens sanguins et des résultats.

Encadré 5.11. Révision des recommandations sur le diagnostic de l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant

L'OMS a organisé une réunion en novembre 2008 pour réviser les directives sur le diagnostic de l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant et a proposé des recommandations mises à jour (60). Les points essentiels identifiés lors de la formulation des recommandations étaient les suivants :

- identifier les nourrissons exposés au VIH dès que possible, notamment par le dépistage à la naissance et/ou dans les consultations systématiques de santé maternelle et infantile dans les sites à forte charge ;
- confirmer les résultats initialement positifs pour éviter de donner un traitement antirétroviral superflu ;
- réaffirmer la valeur d'un dépistage précoce (à six semaines ou vers cet âge) des nourrissons dont on sait qu'ils ont été exposés au VIH ;
- veiller à ne pas arrêter l'allaitement pour pratiquer les tests du VIH ; et
- s'assurer que les résultats positifs au test du VIH sont rapidement communiqués au couple mère-enfant afin de démarrer dès que possible le traitement antirétroviral.

Les pays ont accompli des progrès substantiels pour élargir l'accès aux services de dépistage du VIH au point de prestation des soins. En 2008, 83 des 123 pays ayant rapporté des données (67%) ont indiqué qu'ils assuraient des services de dépistage du VIH sur site, grâce à l'utilisation de sang séché ou en s'adressant à des services de laboratoire. Cela représente une hausse de 46% par rapport aux 57 pays qui avaient fourni des informations en 2007.

Néanmoins, dans le monde, l'utilisation du dépistage du VIH chez les enfants demeure faible. Dans 41 pays qui ont renseigné sur le nombre d'enfants ayant accès à cette intervention en 2008, 15% seulement des enfants nés de mères vivant avec le VIH en 2008 avaient été testés pendant les deux premiers mois suivant l'accouchement. Dans les 21 pays qui ont rapporté des données en 2007 et en 2008, qui représentent 13% du nombre total de femmes enceintes ayant besoin d'antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le nombre de nourrissons testés dans les deux mois suivant leur naissance a augmenté de 30%, de 24 300 en 2007 à 31 700 en 2008. Dans beaucoup de pays, les systèmes de notification des données peuvent ne pas être capables de recueillir fidèlement cette information au niveau national.

Encadré 5.12. Étendre le diagnostic précoce des nourrissons en Namibie

En Namibie, le taux de prévalence du VIH chez les femmes se rendant dans les services de soins prénatals est de 18%. On estime que 14 000 nouvelles infections se produisent chaque année (61), dont un tiers chez des femmes âgées de 15 à 24 ans et 9% chez des enfants de moins de 15 ans. En 2005, la Namibie a décidé d'introduire le diagnostic précoce de l'infection à VIH, avec un projet pilote dans l'Hôpital d'État de Katutura à Windhoek. L'intervention a par la suite été passée à l'échelle nationale, en janvier 2006. En mars 2006, un réseau de 202 sites recueillaient et transmettaient des échantillons de sang séché pour les faire analyser au laboratoire de dépistage virologique de Windhoek, qui centralise les tests sur le VIH.

D'après la politique de la Namibie sur le diagnostic précoce chez le nourrisson, le test de l'ADN du VIH est disponible pour tous les enfants symptomatiques et exposés au VIH dès l'âge de six semaines. Le test est aussi répété deux mois après le sevrage si le résultat initial était négatif et que le nourrisson a été allaité. Un test initial de l'ADN du VIH positif est confirmé par un test rapide ou ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*) lorsque le nourrisson atteint l'âge de 18 mois.

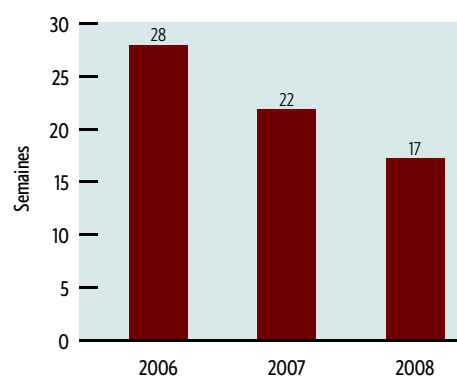
En mars 2008, plus de 25 000 tests du VIH avaient été pratiqués depuis l'introduction de l'intervention. Près de 75% des tests étaient réalisés pour la première fois. Entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2009, sur 9600 nourrissons exposés au VIH (nombre issu d'une projection), 7877 avaient bénéficié d'un test du VIH, même si tous ne l'avaient pas fait pendant les deux premiers mois de leur vie.

Environ 13% des tests étaient positifs en 2006, et le pourcentage a régulièrement diminué depuis. En 2008, le taux de diagnostic positif atteignait 9%, une réduction de près d'un tiers. Les résultats préliminaires pour 2009 montrent un déclin suivi des résultats positifs.

L'âge moyen des nourrissons testés a aussi progressivement diminué. En 2006, il était de 28 semaines, chiffre qui avait été ramené à 17 semaines en 2008. C'est là une tendance encourageante, car davantage de nourrissons sont testés plus précocement, ce qui leur permet d'avoir accès plus tôt au traitement antirétroviral capable de leur sauver la vie, avec des répercussions positives sur la survie (figure 5.15). Néanmoins, l'âge du diagnostic doit encore être diminué pour maximiser la survie des nourrissons vivant avec le VIH.

L'expansion rapide et généralisée du diagnostic précoce chez les nourrissons en Namibie a contribué à une couverture élevée du traitement chez les nourrissons ayant besoin d'un traitement antirétroviral : 7622 enfants suivaient ce traitement en mars 2009, représentant une couverture supérieure à 95%. La tendance à la baisse du taux de diagnostic positif depuis la généralisation de services de test rapide chez le nourrisson est aussi encourageante. De surcroît, avec l'introduction d'une association prophylactique antirétrovirale pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et la poursuite de l'élargissement des services de prise en charge du VIH pour les femmes et les enfants, ainsi que le recul de la prévalence prénatale du VIH, le nombre d'échantillons de l'ADN du VIH obtenant un résultat positif devrait continuer de diminuer.

Figure 5.15. Âge moyen des nourrissons lors de leur premier test de l'ADN du VIH en Namibie, en semaines, 2006–2008



Source: Ministère de la santé et des services sociaux, Namibie

Le dépistage précoce des nourrissons exposés au VIH doit être une priorité dans l'extension mondiale et nationale des programmes de prévention de la transmission mère-enfant. Des leçons doivent être tirées des interventions réussies dans les pays de l'Afrique orientale et australe qui bénéficient d'une couverture sensiblement plus élevée du diagnostic précoce chez le nourrisson, comme le Swaziland (30%) et la Zambie (27%). Une stratégie importante à laquelle ces pays ont recours pour améliorer le suivi des nourrissons dont on sait qu'ils ont été exposés au VIH est l'inclusion de l'information sur le VIH dans le carnet de santé de l'enfant pour mieux permettre aux agents de santé d'identifier les nourrissons qui doivent être testés. Ils font aussi usage de méthodes originales : ainsi, les soignants se servent de téléphones portables pour prendre contact avec les mères vivant avec le VIH et leurs nourrissons.

Lorsque le dépistage du VIH est indisponible, les nourrissons doivent quand même être surveillés étroitement ; des

algorithmes cliniques et des tests des anticorps du VIH et de numération des CD4 sont alors requis pour identifier dès que possible les enfants vivant avec le VIH.

5.5.2 Prophylaxie au cotrimoxazole pour les nourrissons exposés au VIH

Le cotrimoxazole est un antibiotique hautement efficace, peu coûteux, d'un bon rapport coût-efficacité et largement disponible, qui a prouvé sa capacité à réduire sensiblement la morbidité et la mortalité chez les nourrissons et les enfants séropositifs ou qui sont exposés au VIH. Les données d'essais cliniques randomisés et d'études d'observation ont démontré l'efficacité du cotrimoxazole pour prévenir la pneumonie à *Pneumocystis jiroveci* et d'autres infections chez les nourrissons vivant avec le VIH (62).

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 (63) et elle a

recommandé que tous les enfants exposés au VIH nés de mères vivant avec le VIH commencent un traitement préventif au cotrimoxazole quatre à six semaines après la naissance et le poursuivent jusqu'à ce que le risque d'infection à VIH ait été éliminé et que l'enfant ne puisse plus être infecté par le VIH au cours de l'allaitement. La formulation et l'application de politiques et de recommandations nationales spécifiques sur la prophylaxie au cotrimoxazole pour les nourrissons et les enfants exposés au VIH ou vivant avec le virus, conformes aux directives de l'OMS, ont commencé à améliorer la couverture et l'utilisation de cette mesure importante.

En 2008, 8% des nourrissons nés de mères séropositives au VIH avaient commencé une prophylaxie au cotrimoxazole à l'âge de deux mois. C'est plus du double qu'en 2007, quand à peine 4% des nourrissons avaient commencé un traitement au cotrimoxazole au même âge. En Afrique orientale et australe, la sous-région la plus touchée par le VIH, la couverture est passée de 5% en 2007 à 9% en 2008, mais elle demeure faible.

Dans l'ensemble, les données sous-estiment peut-être la couverture de la prophylaxie au cotrimoxazole dans les pays à revenu faible ou intermédiaire puisque 67 pays seulement ont rapporté des données sur cet indicateur en 2008. Dans 31 pays ayant transmis des informations en 2007 et en 2008, représentant 26% du nombre total de femmes enceintes avec le VIH, le nombre de nourrissons commençant à prendre du cotrimoxazole dans les deux premiers mois de la vie a augmenté (de 55%), passant de 52 100 en 2007 à 80 500 en 2008. En dépit de cet accroissement, il faudra redoubler d'efforts pour élargir cette intervention capitale, car les niveaux de la couverture sont encore bien inférieurs à l'objectif de 80%.

Une raison majeure de l'utilisation limitée d'interventions essentielles comme le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson et la prophylaxie au cotrimoxazole est la faiblesse et le manque d'intégration des systèmes de suivi postnatals dans les centres de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Bien que de nombreuses femmes vivant avec le VIH soient identifiées pendant la grossesse et bénéficient de mesures essentielles de lutte contre le VIH, beaucoup de leurs enfants restent non reconnus pendant la période périnatale, ce qui les empêche de profiter d'interventions capitales comme la prophylaxie au cotrimoxazole. Certains pays ont tenté de corriger cette faiblesse en incluant des informations relatives au VIH dans le carnet de santé de l'enfant pour inciter les soignants à distinguer les enfants exposés au VIH et à leur prodiguer ces services en temps voulu.

5.5.3 Traitement antirétroviral chez l'enfant

Beaucoup de décès liés au VIH chez l'enfant pourraient être évités si le virus était diagnostiqué rapidement et si l'enfant bénéficiait de soins et d'un traitement en temps voulu. Les directives internationales insistent sur l'importance d'un traitement antirétroviral immédiat si l'infection à VIH est détectée chez le nourrisson ; néanmoins, actuellement, la plupart des enfants qui entrent dans les programmes de traitement sont plus âgés.

Ces trois dernières années, les pays dans toutes les régions géographiques ont élargi la couverture du traitement antirétroviral de l'enfant au niveau de la population et des établissements de santé. Le traitement et les soins des enfants sont de plus en plus intégrés dans les sites existants de traitement antirétroviral pour adultes et dans les services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Au total, 10 300 centres assuraient un traitement antirétroviral aux enfants en 2008, contre 5660 centres en 2007, soit une augmentation de 82%.

En décembre 2008, près de 275 700 enfants de moins de 15 ans suivaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, contre 198 000 en 2007, 127 300 en 2006 et 75 000 en 2005 (tableau 5.3, figure 5.16). Ces enfants représentent près de 38% des enfants âgés de moins de 15 ans dont on estime qu'ils ont besoin du traitement antirétroviral dans le monde. Dans l'ensemble, le nombre d'enfants suivant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a augmenté de 39% entre 2007 et 2008 et a été multiplié par plus de 3,5 entre 2005 et 2008.

La couverture régionale du traitement antirétroviral chez l'enfant varie de 6% [4-12%] en Afrique du Nord et au Moyen-Orient à 85% [56% à >95%] en Europe et en Asie centrale (tableau 5.3). Toutes les régions ont enregistré une progression sensible du nombre d'enfants âgés de moins de 15 ans sous traitement en 2008 par rapport à 2007, à l'exception de l'Amérique latine, où la couverture était déjà de 82% [70% à >95%].

L'Afrique orientale et australe a accompli des avancées particulièrement remarquables : 224 900 enfants suivaient un traitement antirétroviral en 2008, ce qui représente une couverture de 44% [36-57%] par rapport à 132 500 (30% [25-39%]) en 2007. L'augmentation en Afrique centrale et de l'Ouest a été beaucoup plus modeste, avec 29 800 enfants sous traitement antirétroviral (15% [11-22%]) en 2008, contre 25 500 en 2007 (13% [10-19%]). En Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, 30 000 enfants bénéficiaient d'un traitement antirétroviral en 2008 (52% [38-73%]) par rapport à 20 800 en 2007 (36% [26-52%]).

Les facteurs contribuant à une utilisation élargie du traitement antirétroviral chez l'enfant comprennent les activités soutenues de plaidoyer dans le monde, le renforcement des engagements nationaux, une disponibilité accrue des produits antirétroviraux et la réduction des prix des formulations pédiatriques (section 4.1.8).

Néanmoins, même si des progrès substantiels ont été accomplis vers l'accès universel au traitement antirétroviral pour les enfants, il n'en demeure pas moins que les deux tiers des enfants vivant avec le VIH et qui ont besoin d'un traitement antirétroviral dans le monde ne le reçoivent toujours pas. De plus, le nombre de nourrissons et d'enfants nouvellement placés sous traitement antirétroviral ne suit pas le rythme du nombre de nourrissons récemment contaminés par suite de l'incapacité à prévenir de nouvelles infections. Des investissements supplémentaires en faveur du soutien matériel et de programmation, notamment une

Tableau 5.3. Estimation du nombre d'enfants âgés de moins de 15 ans suivant un traitement antirétroviral, enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral et taux de couverture dans les pays à revenu faible ou intermédiaire d'après la région, décembre 2008^a

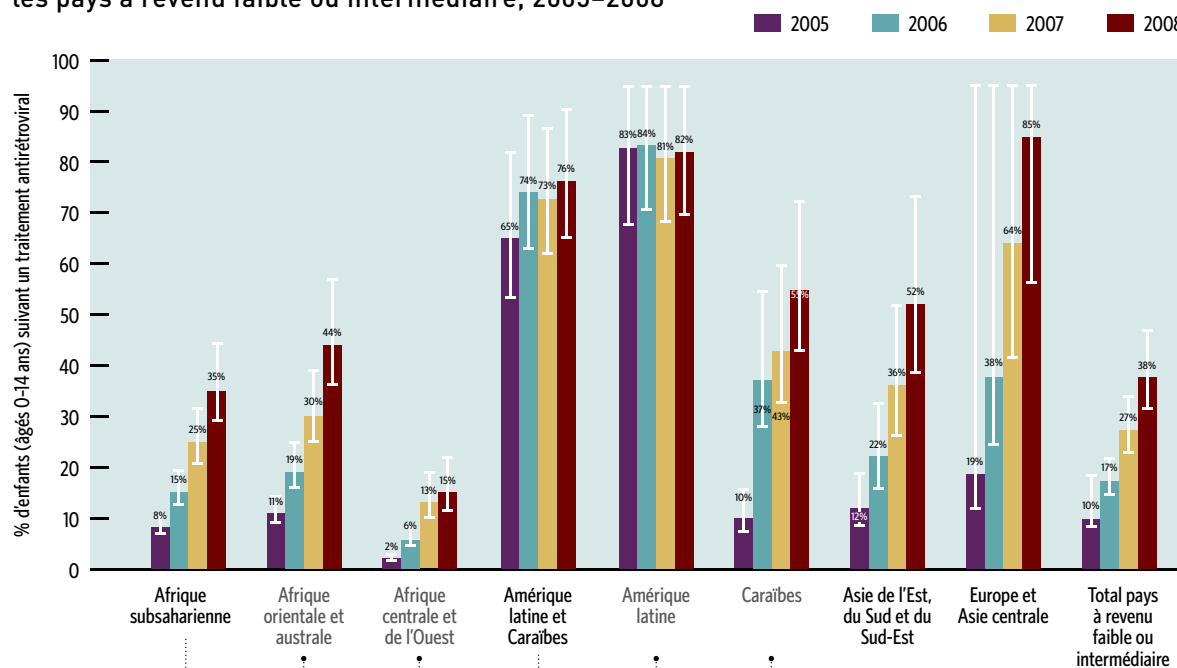
Région géographique	Nombre déclaré d'enfants (0-14 ans) suivant un traitement antirétroviral, décembre 2008	Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2008 [fourchette] ^a	Couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant, décembre 2008 [fourchette] ^b	Pourcentage des besoins totaux
Afrique subsaharienne	224 900	640 000 [500 000-770 000]	35% [29-45%]	88%
Afrique orientale et australe	195 100	440 000 [340 000-540 000]	44% [36-57%]	61%
Afrique centrale et de l'Ouest	29 800	200 000 [140 000-260 000]	15% [11-22%]	27%
Amérique latine et Caraïbes	16 100	21 000 [18 000-25 000]	76% [65-91%]	3%
Amérique latine	13 700	17 000 [14 000-20 000]	82% [70-95%]	2%
Caraïbes	2 500	4 600 [3 400-5 800]	55% [43-72%]	1%
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	30 000	58 000 [41 000-78 000]	52% [38-73%]	8%
Europe et Asie centrale	4 200	4 900 [2 700-7 500]	85% [56-95%]	1%
Afrique du Nord et Moyen-Orient	400	6 700 [3 400-11 000]	6% [4-12%]	1%
Total	275 700	730 000 [580 000-880 000]	38% [31-47%]	100%

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

^a Pour les méthodes utilisées, voir les notes explicatives des annexes 1 et 2.

^b L'estimation relative au taux de couverture se fonde sur l'estimation du nombre non arrondi d'enfants suivant un traitement antirétroviral et en ayant besoin.

Figure 5.16. Pourcentage d'enfants (âgés de 0-14 ans) suivant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2005-2008



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

utilisation accrue des services de diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson, sont nécessaires pour multiplier le nombre d'enfants vivant avec le VIH placés sous traitement antirétroviral. Les pays doivent aussi commencer à se préparer plus activement à la hausse du nombre d'enfants qui auront besoin de schémas antirétroviraux de deuxième intention et aux défis que cette évolution supposera pour les programmes.

5.6 Assurer la continuité des soins pour les femmes et les enfants

Pour être efficaces, les interventions de prévention, de traitement et de soins à base factuelle à l'intention des femmes enceintes vivant avec le VIH, les mères et les enfants doivent se poursuivre sans à-coups. Néanmoins, les données indiquent que, fin 2008, plusieurs lacunes essentielles menaçaient cette nécessaire continuité.

- La proportion de femmes enceintes se rendant au moins une fois dans les services de soins prénatals est élevée (77%) (28), mais la couverture (21%) du conseil et dépistage du VIH chez les femmes enceintes est relativement plus faible.
- Le faible nombre de femmes enceintes dont la séropositivité au VIH a été identifiée et qui sont

examinées pour déterminer si elles ont besoin d'un traitement antirétroviral pour leur propre santé (34%) est plus élevée que celles qui suivent effectivement le traitement antirétroviral pour leur propre santé.

- Le troisième manque capital concerne l'administration d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH au couple mère-bébé. En 2008, à peine 32% des enfants nés de mères vivant avec le VIH ont reçu des antirétroviraux, alors que 45% des mères ont pris des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant.
- Enfin, les données montrent un écart substantiel entre le nombre d'enfants nés de mères vivant avec le VIH qui ont reçu une prophylaxie antirétrovirale (32%) et ceux qui ont continué d'être suivis dans les services essentiels de diagnostic précoce chez le nourrisson (15%) et de prophylaxie au cotrimoxazole (8%).

Pour optimiser l'efficacité des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, il faut cibler systématiquement des ensembles intégrés de services au niveau de l'établissement de santé, et mettre au point des systèmes pour surveiller et améliorer les résultats à chaque étape du processus dans les mécanismes de suivi et les liens vers les services essentiels de traitement, de soin et de soutien.

Références

1. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*. Genève, ONUSIDA, 2008 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/default.asp>, consulté le 1^{er} septembre 2009). L'ONUSIDA et l'OMS publieront des estimations actualisées sur le VIH en novembre 2009.
2. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization (sous presse).
3. Munjanja S. *Perinatal mortality study*. Harare, Ministry of Health and Social Affairs, Zimbabwe, 2007.
4. Black V, Brooke S, Chersich MF. Effect of human immunodeficiency virus treatment on maternal mortality at a tertiary center in South Africa: a 5-year audit. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:292-299.
5. Méthodes et hypothèses pour les estimations [site Internet]. Genève, ONUSIDA, 2009 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/Methodology/default.asp>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
6. *Vers un accès universel – Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/hiv/topics/universalaccess/fr/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
7. *Report of the WHO Technical Reference Group, Paediatric HIV/Antiretroviral Therapy and Care Guideline Group Meeting, WHO headquarters, Geneva, Switzerland, 10-11 April 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/WHO_Paediatric_ART_guideline_rev_mreport_2008.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
8. 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 1^{er} septembre 2009).
9. G8. *Summit 2005, Gleneagles, Scotland. Summit document on Africa*. Geneva, UNAIDS, 2005 (http://data.unaids.org/Topics/UniversalAccess/PostG8_Gleneagles_Africa_en.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
10. G8. *Summit 2007, Heiligendamm, Germany. Summit statement on growth and responsibility in Africa*. Heiligendamm, G8, 2007.
11. *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*. New York, United Nations Population Fund, 2005 (http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/523_filename_abuja_call-to-action.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
12. 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 1^{er} septembre 2009).
13. *L'ONUSIDA demande que la transmission mère-enfant du VIH soit virtuellement éliminée d'ici à 2015*. Genève, ONUSIDA, 2009 (http://data.unaids.org/pub/PressRelease/2009/20090521_pr_priorityareas_fr.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
14. *The Global Fund's role as a strategic and responsible investor in HIV/AIDS*. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2009 (http://www.theglobalfund.org/documents/board/19/GF-B19-12_GFRoleasStrategicandResplInvestorinHIV-%20AIDS.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
15. *Prevention of mother-to-child transmission*. Washington, DC, United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2009 (<http://www.pepfar.gov/documents/organization/114198.pdf>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
16. *Rapport annuel UNITAID 2008*. Genève, UNITAID, 2008 (http://www.unitaid.eu/images/news/annual_report_2008_fr.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
17. OMS, UNICEF et Groupe de travail interagences 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://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242596014_fre.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
18. *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/files/PMTCT_Report_Card_2006_final.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
19. *World population prospects: the 2008 revision*. CD-ROM edition. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2009.
20. *Strategic approaches to the prevention of HIV infection in infants: report of a WHO meeting, Morges, Switzerland, 20-22 March 2002*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/StrategicApproachesE.pdf>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
21. Sweat M et al. Cost-effectiveness of nevirapine to prevent mother-to-child HIV transmission in eight African countries. *AIDS*, 2004, 18:1661-1671.
22. Gray R et al. Increased risk of incident HIV during pregnancy in Rakai, Uganda: a prospective study. *Lancet*, 2005, 366:1182-1188.
23. *Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5?* Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
24. *Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour réduire le taux de grossesse d'adolescentes ?* Copenhague, Bureau régional de l'Europe,

- OMS, 2004 (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/short/20040423_6?language=French, consulté le 1^{er} septembre 2009).
25. Enquêtes sur les indicateurs du sida (AIS) [site Internet en anglais]. Calverton, MD, MEASURE DHS, 2009 (<http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/ais/start.cfm>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
 26. Enquêtes démographiques et sanitaires [site Internet en anglais]. Calverton, MD, MEASURE DHS, 2009 (<http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/dhs/start.cfm>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
 27. Enquête à indicateurs multiples [site Internet]. New York, UNICEF, 2009 (http://www.unicef.org/french/statistics/index_24302.html, consulté le 1^{er} septembre 2009).
 28. *La situation des enfants dans le monde 2009*. New York, UNICEF, 2009 (<http://www.unicef.org/french/sowc09/index.php>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
 29. Wawer MJ *et al.* Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *Journal of Infectious Diseases*, 2005, 191:1403-1409.
 30. Lingappa JR *et al.* Regional differences in prevalence of HIV-1 discordance in Africa and enrollment of HIV-1 discordant couples into an HIV-1 prevention trial. *PLoS One*, 2008, 3:e1411.
 31. Couples HIV counseling and testing intervention and training curriculum [site Internet]. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2009 (<http://www.cdc.gov/globalaids/CHCTintervention/page2.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
 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. Msuya SE *et al.* Low male partner participation in antenatal HIV counselling and testing in northern Tanzania: implications for preventive programs. *AIDS Care*, 2008, 20:700-709.
 34. Kizito D *et al.* Uptake of HIV and syphilis testing of pregnant women and their male partners in a programme for prevention of mother-to-child HIV transmission in Uganda. *Tropical Medicine and International Health*, 2008, 13:680-682.
 35. Sarker M *et al.* Determinants of HIV counselling and testing participation in a prevention of mother-to-child transmission programme in rural Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health*, 2007, 12:1475-1483.
 36. 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.
 37. Farquhar C *et al.* Antenatal couple counseling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004, 37:1620-1626.
 38. UNICEF and ICF MACRO. *Knowledge of mother-to-child transmission of HIV and the availability and use of selected PMTCT interventions in low- and middle-income countries*. New York, UNICEF, sous presse.
 39. *Preventing mother to child transmission of HIV in Kenya, 2002-2005*. Nairobi, Pathfinder International, Kenya.
 40. *Community involvement and prevention of mother to child transmission of HIV*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 2002.
 41. *The PMTCT collaborative in Rwanda: improving and sharing best practices*. Washington, DC, United States Agency for International Development, 2005.
 42. *Glion Consultation on Strengthening the Linkages between Reproductive Health and HIV/AIDS: Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/hq/2006/WHO_HIV_2006.02_eng.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
 43. *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 1^{er} septembre 2009).
 44. *Sudan Household Health Survey (SHHS) - 2006*. New York, UNICEF, 2006.
 45. Desgrees-du-Lou A *et al.* Contraceptive use, protected sexual intercourse, and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. *International Journal of STD and AIDS*, 2002, 13:462-468.
 46. RoCHAT TJ *et al.* Depression among pregnant rural South African women undergoing HIV testing. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 33:350-356.
 47. Homsy J *et al.* Reproductive intentions and outcomes among women on antiretroviral therapy in rural Uganda: a prospective cohort study. *PLoS ONE*, 2009, 4:e4149.
 48. Cooper D *et al.* Fertility intentions and reproductive health needs of people living with HIV in Cape Town, South Africa: implications for integrating reproductive health and HIV care services. *AIDS and Behavior*, 2009, 13(Suppl. 1):38-46.
 49. *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 1^{er} septembre 2009).

50. *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>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
51. MRC, UNICEF and WHO. *Rapid assessment of HIV and infant feeding in Kenya, Malawi and Zambia*. Nairobi, UNICEF Regional Office for Eastern and Southern Africa, 2008.
52. *Overview of breastfeeding patterns*. New York, UNICEF, 2009 (http://www.childinfo.org/breastfeeding_overview.html, consulté le 1^{er} septembre 2009).
53. UNICEF, UNAIDS, WHO and UNFPA. *Children and AIDS: third stocktaking report*. New York, UNICEF, 2008 (http://www.unicef.org/publications/index_46585.html, consulté le 1^{er} septembre 2009).
54. Shapiro RL *et al.* A randomized trial comparing highly active antiretroviral therapy regimens for virologic efficacy and the prevention of mother-to-child HIV transmission among breastfeeding women in Botswana (the Mma Bana Study). *5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 19–22 July 2009, Cape Town, South Africa* (abstract WELBB101; <http://www.ias.oorg/pag/Abstracts.aspx?AID=3821>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
55. Chasela C *et al.* Both maternal HAART and daily infant nevirapine (nevirapine) are effective in reducing HIV-1 transmission during breastfeeding in a randomized trial in Malawi: 28 week results of the Breastfeeding, Antiretroviral and Nutrition (BAN) Study. *5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 19–22 July 2009, Cape Town, South Africa* (abstract WELBC103; <http://www.ias.oorg/pag/Abstracts.aspx?AID=3751>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
56. de Vincenzi I, Kesho Bora Study Group. Triple-antiretroviral (ARV) prophylaxis during pregnancy and breastfeeding compared to short-ARV prophylaxis to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 (MTCT): the Kesho Bora randomized controlled clinical trial in five sites in Burkina Faso, Kenya. *5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 19–22 July 2009, Cape Town, South Africa* (abstract LBPEC01; <http://www.ias.oorg/pag/Abstracts.aspx?AID=3631>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
57. Kumwenda NI *et al.* Extended antiretroviral prophylaxis to reduce breast-milk HIV-1 transmission. *New England Journal of Medicine*, 2008, 359:119–129.
58. Bedri A *et al.* Extended-dose nevirapine to 6 weeks of age for infants to prevent HIV transmission via breastfeeding in Ethiopia, India, and Uganda: an analysis of three randomised controlled trials. *Lancet*, 2008, 372:300–313.
59. Coetzee D *et al.* Evaluation of PMTCT coverage in four African countries: the PEARL Study. *5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 19–22 July 2009, Cape Town, South Africa* (abstract LBPEC01; <http://www.ias.oorg/pag/Abstracts.aspx?AID=3792>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
60. *WHO meeting to review recommendations on the diagnosis of HIV infection in infants and children: report and recommendations, 20–21 November 2008, WHO headquarters, Geneva, Switzerland*. Geneva, World Health Organization (sous presse).
61. Mushavi A. Namibia's early infant diagnosis program. *2009 HIV/AIDS Implementers' Meeting, Windhoek, Namibia, 10–14 June 2009* (http://www.hivimplementers.com/pdfs/Session%2032/32_1000_Mushavi.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
62. 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.
63. *Directives sur l'utilisation du cotrimoxazole pour la prophylaxie des infections liées au VIH chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242594706_fre.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).

6. LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Principales conclusions

- Les données sur l'interaction entre les investissements en faveur de la lutte contre le VIH et le renforcement des systèmes de santé révèle de nombreuses répercussions positives, mais elles mettent aussi en évidence certaines occasions manquées de consolidation de l'ensemble du système.
- Les pays adoptent des stratégies pour compenser le manque de personnel soignant, notamment des stratégies de délégation des tâches. Ces stratégies ont montré qu'elles amélioraient l'accès et la qualité des services de santé à des coûts comparables ou inférieurs aux modèles traditionnels. Il faut continuer les efforts entrepris pour améliorer les conditions de travail et l'accès aux soins de santé des soignants eux-mêmes, tout en leur offrant des possibilités de formation permanente, une assurance qualité et des mesures pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH dans les services de la santé.
- La collaboration entre les partenaires nationaux et internationaux a aidé à renforcer les systèmes d'achat et de gestion des approvisionnements de médicaments pour le VIH dans beaucoup de pays, avec des bienfaits plus larges pour l'ensemble des systèmes. Pourtant, 34% des pays à revenu faible ou intermédiaire ayant transmis des informations avaient connu au moins une rupture de stock en 2008, ce qui accroît le risque d'interruption du traitement, d'échec ou de pharmacorésistance.
- On dispose d'une somme croissante de données pour évaluer la couverture et les conséquences de l'élargissement des programmes de prise en charge du VIH. En 2008, 139 des 149 pays à revenu faible ou intermédiaire dans le monde ont répondu au questionnaire conjoint OMS, UNICEF et ONUSIDA de suivi des progrès en vue de l'accès universel, avec des taux de réponse plus élevés pour de nombreux indicateurs par rapport à 2007. Toutefois, la qualité et la complétude des données demeurent inégales. Il est nécessaire de continuer à investir dans l'information stratégique pour améliorer les programmes et garantir la responsabilité et la poursuite des financements.

Parvenir à un accès universel aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH ainsi qu'aux objectifs plus larges du Millénaire pour le développement dépend de la capacité des systèmes de santé à dispenser ces services tout en respectant les principes de la couverture universelle, l'équité, la participation et l'action multisectorielle qui sont proclamés dans la Déclaration d'Alma-Ata (1).

Ces dernières années, beaucoup de débats ont tenté de déterminer si l'expansion des initiatives mondiales de santé qui se concentrent sur des maladies précises, comme la riposte mondiale au VIH, avaient renforcé ou affaibli les systèmes de santé dans des pays à forte charge de morbidité. Les données montrent que l'investissement en faveur de la lutte contre le VIH a eu beaucoup de conséquences positives sur les systèmes de santé, mais certaines notent aussi des répercussions négatives ou soulignent des occasions manquées de renforcer le système global. Plus significatif, avec l'attention qu'elle porte aux valeurs de la couverture universelle, des services centrés sur le patient, de la participation communautaire et de l'action multisectorielle, la riposte internationale au VIH a mis en lumière les faiblesses des systèmes de santé dans beaucoup de domaines et a porté les interventions vers le renforcement des capacités des ressources humaines, de l'infrastructure, de la chaîne de distribution, du financement de la santé et des systèmes d'information. Le regain d'intérêt de la part de la communauté internationale qui souhaite élargir l'accès aux soins de santé primaires accentue l'importance de veiller à ce que les investissements en faveur des programmes de VIH soient exploités pour créer des synergies positives entre la riposte au VIH et le développement des systèmes de santé, et pour s'appuyer sur les enseignements retirés et les mettre à profit.

6.1. Les systèmes de santé, les soins de santé primaires et la riposte au VIH

De nombreuses études ont examiné l'interaction entre les initiatives mondiales de santé qui visent des maladies précises et le renforcement des systèmes de santé (2-8). Elles ont convenu que, même si les données sont limitées, elles mettent en évidence des conséquences pour la plupart favorables, avec néanmoins quelques effets négatifs. Point important, ces études ont aussi découvert que l'élargissement des ripostes au VIH, à la tuberculose et au paludisme n'ont pas diminué la couverture des interventions de santé maternelle et infantile.

Une évaluation du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme portant sur plusieurs pays a également estimé les flux financiers. Elle a montré que le financement externe total destiné au VIH avait augmenté sensiblement entre 2003 et 2006, mais pas aux dépens du financement des programmes de santé maternelle, néonatale et infantile, qui ont aussi progressé, dans des proportions cependant moindres. De même, une évaluation complète de l'assistance au développement pour la santé entre 1990 et 2007 a documenté un accroissement substantiel des ressources disponibles pour la santé dans le monde, et non pas seulement pour la riposte au

VIH (9). Bien évidemment, les partenaires nationaux et internationaux doivent maintenir leur détermination pour relever le financement de la santé dans son ensemble, et des efforts sont requis pour optimiser les synergies positives avec les initiatives mondiales de santé.

Au niveau national, il est plus complexe d'analyser l'interaction entre les programmes propres à certaines maladies, les systèmes de santé et l'additionnalité des ressources, en raison de la rareté et de la faible qualité des données, de leur rareté et de la nature interchangeable des financements internationaux et nationaux réservés. Toutefois, des associations positives ou des bénéfices sont visibles dans différents contextes. Des données provenant du Rwanda montrent ainsi un fort lien positif entre les interventions en matière de VIH et une amélioration des services de soins prénatals et de planification familiale (10). Cette corrélation s'explique en partie par le fait que des fonds propres au VIH ont été utilisés pour construire des centres de santé, former des ressources humaines et améliorer les laboratoires. De même, les résultats d'un programme conçu et appliqué par Partners in Health en Haïti dégagent une association positive entre les services intégrés de prévention et de soins du VIH et la vaccination, la planification familiale et le dépistage et le traitement de la tuberculose (11).

Les initiatives mondiales de santé ont rapidement adapté leurs méthodes pour favoriser les synergies avec les activités de consolidation des systèmes de santé. Le Fonds mondial a par exemple créé des modalités de financement pour le renforcement des systèmes sanitaires et communautaires. Ces modalités permettent aux pays de demander un financement pour renforcer leur système de santé dans le cadre de propositions propres à une maladie (12,13). Le Fonds rapporte que, jusqu'à présent, plus d'un tiers de ses engagements de fonds d'un montant de \$US 4,2 milliards a été alloué au renforcement des systèmes de santé, notamment pour améliorer l'infrastructure (comme les laboratoires), multiplier les ressources humaines, accroître les compétences des agents de santé tout en développant et soutenant les systèmes d'information (14). Le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida a indiqué qu'il avait affecté une proportion semblable de son financement au renforcement des systèmes de santé et il a introduit un objectif spécifique de formation d'au moins 140 000 nouveaux agents de santé dans sa deuxième phase de mise en œuvre. L'UNITAID, qui soutient l'élargissement de l'accès au traitement contre le VIH, la tuberculose et le paludisme en favorisant des réductions de prix pour des diagnostics et des médicaments de qualité, contribue également au renforcement d'ensemble des systèmes de santé et à leur viabilité par des mécanismes novateurs de financement des médicaments essentiels.

Ces activités sont étroitement associées au récent renouveau des soins de santé primaires. À la soixante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 2009, les États membres ont affirmé l'interdépendance du renforcement des systèmes de santé, des soins de santé primaires et des programmes axés sur des maladies particulières, notant qu'ils se renforcent mutuellement et

contribuent à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé. La résolution WHA62.12 (15) demande aux pays et à leurs partenaires d'encourager l'élaboration, l'intégration et l'application de programmes axés sur des maladies particulières dans le contexte des soins de santé primaires.

Le Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais (16) a structuré quatre domaines de réformes pour traiter des questions d'iniquités sanitaires entre pays et populations et de la nature changeante des problèmes de santé dans un contexte mondial en évolution. Les quatre domaines de réformes se rapportent à différentes facettes des systèmes de santé.

❶ La couverture universelle. Faire en sorte que les systèmes de santé contribuent à l'équité, à la justice sociale et à la fin de l'exclusion, en tendant vers l'accès universel et la sécurité sociale.

❷ La prestation des services. Réorganiser les services de santé autour des besoins et des attentes de la population pour les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements du monde tout en produisant de meilleurs résultats.

❸ Les politiques publiques. Améliorer la santé des communautés en combinant les activités de santé avec les soins de santé primaires et en menant des politiques publiques de santé dans tous les secteurs.

❹ Le leadership. Rétablir l'équilibre entre la volonté de main mise et de contrôle d'un côté et le laisser-faire du désengagement des pouvoirs publics de l'autre, en introduisant le leadership inclusif et participatif qu'appelle la complexité des systèmes de santé contemporains.

La riposte internationale au VIH a encouragé la réforme dans chacun de ces domaines. Les engagements politiques et financiers pour atteindre l'accès universel aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH, mis en œuvre par une approche de santé publique et envisageant soigneusement les besoins des groupes de population vulnérables, ont favorisé l'intégration et l'équité dans la riposte au VIH. Des approches de prestation des services ont été définies dans le respect des droits de l'homme et elles ont été appliquées par des partenariats avec les communautés touchées, y compris les personnes vivant avec le VIH. La riposte au VIH a aussi forcé le débat sur les principales questions politiques telles que l'accès gratuit au traitement du VIH et l'équilibre entre les droits de propriété intellectuelle et l'accès aux médicaments, et elle a réussi à faire condamner les lois discriminatoires qui stigmatisent les personnes ayant un comportement à haut risque. L'action contre le VIH a vraiment été multisectorielle dans son leadership, rassemblant des professionnels de différents secteurs, notamment des groupes de la société civile. Il faut continuer de s'engager en faveur de ces approches pour que l'extension des services pour le VIH ait des conséquences positives sur la prestation des services de soins de santé primaires par des systèmes de santé solides, équitables et efficaces (encadré 6.1).

Encadré 6.1. Assurer des services de prise en charge du VIH dans le cadre d'une approche intégrée du renforcement des systèmes de santé et du renouveau des soins de santé primaires

Les outils de gestion intégrée de l'OMS et ses matériels de formation pour la prestation des services de santé – prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA), prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement – soutiennent une stratégie de prestation des services de santé qui peut efficacement renforcer les soins de santé au niveau du district dans des environnements à ressources limitées. Ces outils permettent une expansion décentralisée des services avec l'utilisation optimale des ressources humaines et ils appuient le renforcement des systèmes de santé sur trois plans : en constituant des équipes cliniques au niveau décentralisé et en renforçant la prestation communautaire des services ; en soutenant une gestion et une logistique solides des programmes ; et en permettant aux patients de s'autogérer et à la communauté de s'impliquer.

Se fondant sur les directives de l'OMS, ces outils de prestation des services sont mis en œuvre par le biais de modules de formation pour les agents de santé, de systèmes de référents cliniques et d'instruments de gestion de la qualité. Les outils donnent aussi des conseils sur les systèmes de suivi des patients longitudinaux et reliés entre eux pour les soins du VIH et le traitement antirétroviral, la prévention de la transmission mère-enfant intégrée dans les services de santé maternelle et infantile ; et la coinfection tuberculose/VIH.

En mettant l'accent sur le renforcement des systèmes de santé au niveau des districts pour fournir des soins de santé primaires intégrés, les outils de l'OMS parviennent à améliorer l'aiguillage des patients, la prise en charge des cas et la communication entre les niveaux du système de santé. Le concours actif des personnes vivant avec le VIH comme patients experts pendant la formation, comme membres des équipes cliniques et comme agents de santé communautaires soutient des soins chroniques efficaces. La décentralisation des services au niveau communautaire rapproche les soins du domicile des patients, favorise les soins à assise familiale et donne aux malades les moyens de s'autogérer. Ces approches communautaires de la prestation des services de santé aident à surmonter les distances géographiques, mais elles effacent aussi les distances sociales en garantissant que les services de santé répondent aux besoins de la communauté.

La demande des pays pour ces approches est en augmentation. La PCIME a été adaptée pour être utilisée dans plus d'une centaine de pays et la PCIMAA a été adaptée et mise en œuvre dans 36 pays, la plupart avec une forte charge de VIH.

6.2. Les ressources humaines pour la santé

L'un des défis les plus importants dans l'élargissement de l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH dans le secteur de la santé demeure la pénurie de ressources humaines correctement formées (2). L'OMS estime que la pénurie mondiale de soignants qualifiés dépasse les 4 millions et l'Alliance mondiale pour les personnels de santé estime que 1,5 million d'agents formés supplémentaires sont nécessaires pour combler le déficit actuel dans les systèmes de santé en Afrique (2). Non seulement la rareté des ressources humaines amoindrit l'efficacité de la prestation des services de prise en charge du VIH, mais l'épidémie de VIH a aussi dégarni les rangs du personnel soignant dans beaucoup de pays à forte épidémie du VIH. La Banque mondiale calcule qu'un pays dont le taux de prévalence du VIH est de 15% chez les adultes peut craindre une perte annuelle de son personnel de santé pouvant aller jusqu'à 3,3% en raison de maladies liées au VIH (17).

En 2006, l'OMS, l'Organisation Internationale du Travail et l'Organisation Internationale pour les Migrations ont défini une stratégie pour s'attaquer à la crise du personnel de santé en se centrant sur trois interventions clés : des services complets de traitement, de prévention, de soins et de soutien pour les agents de santé (« traiter ») ; des mesures pour donner aux agents de santé les moyens d'assurer un accès universel aux services de prise en charge du VIH (« former ») ; et des stratégies pour retenir les agents de santé dans le système de santé publique, avec des prestations financières et autres encouragements et avec l'amélioration des conditions de travail (« retenir ») (18). Ces mesures prioritaires sont importantes pour soutenir l'élargissement des services vers l'accès universel, mais aussi pour renforcer les capacités globales des ressources humaines dans les pays touchés par l'épidémie de VIH.

Une analyse de l'accès des soignants aux services de prise en charge du VIH et de la tuberculose en Éthiopie, au Kenya, au Mozambique et au Zimbabwe a noté une forte proportion de décès dus au VIH et à la tuberculose chez les agents de santé. Elle a identifié des manques dans la mise en œuvre des politiques sur les prestations réservées aux agents de santé (19). L'accès au traitement antirétroviral des soignants vivant avec le VIH était qualifié de fréquent, mais il manquait des mesures pour protéger la confidentialité et l'intimité. De plus, 28% seulement des agents de santé ont déclaré avoir suivi une formation récente sur la sécurité des injections ou l'utilisation de la prophylaxie post-exposition, et 68% ont affirmé que le centre où ils travaillaient manquait des fournitures essentielles comme des gants, des réceptacles de sécurité pour les aiguilles et de l'eau. Pas moins de 62% des agents de santé ayant fait l'objet de l'enquête étaient exposés chaque jour à des patients avec une tuberculose suspectée ou confirmée. Une autre étude ultérieure comprenant des pays d'autres régions est parvenue à des résultats similaires (20). Ces conclusions attirent l'attention sur la nécessité d'établir ou d'étendre les services de santé au travail avec des activités de prévention, de traitement et de soins pour tous les soignants, en particulier dans les pays où la morbidité est élevée.

Une stratégie permettant d'enrayer la crise des ressources humaines et d'optimiser les capacités pour assurer des services de prévention, de traitement et de soins du VIH est la délégation de tâches qui consiste à confier à d'autres agents de santé les fonctions auparavant assumées par du personnel hautement qualifié. En 2008, 49 des 93 pays ayant transmis des données (53%) ont indiqué qu'ils avaient défini des politiques pour combler les pénuries des ressources humaines par les stratégies de délégation des tâches. En Afrique subsaharienne, le pourcentage correspondant parmi les pays ayant communiqué des informations était de 63% (encadré 6.2)¹.

On dispose de plus en plus de données sur l'expérience et les résultats de l'élargissement des approches de délégation des tâches. Un récent article (21) a examiné les données et a conclu que cette méthode pouvait améliorer l'accès, la couverture et la qualité des services de santé à un coût comparable ou inférieur aux modèles traditionnels de prestation. Néanmoins, elle exige un engagement politique et financier et oblige à se pencher sur l'organisation des services de santé. Un autre article décrivant l'expérience de Médecins sans Frontières dans la délégation de tâches pour élargir le traitement antirétroviral en Afrique du Sud, au Lesotho et au Malawi (22) a confirmé que la stratégie avait permis d'étendre l'accès au traitement, amélioré les compétences des personnels soignants, relevé l'efficacité des systèmes de santé, valorisé le rôle des communautés, économisé des coûts et réduit les départs professionnels et la fuite internationale des cerveaux. Néanmoins, l'article a aussi attiré l'attention sur le combat qu'il faut constamment livrer pour conserver la qualité et la sécurité des services, gérer la résistance professionnelle et institutionnelle et maintenir la motivation et les performances.

En même temps, on constate que les leçons tirées de la délégation des tâches dans la prise en charge du VIH sont appliquées dans d'autres contextes. Par exemple, compte tenu de la terrible pénurie de chirurgiens et d'anesthésistes en Afrique, des efforts ont été faits pour déléguer des tâches des services chirurgicaux.

En plus des stratégies de délégation des tâches, les pays à forte épidémie de VIH et qui connaissent des pénuries de personnel soignant ont aussi besoin d'investissements à long terme pour élargir le nombre et la capacité des agents de santé, par exemple en dispensant aux médecins et aux infirmières une formation au VIH préalable à la prise de service, et en proposant des modalités de formation permanente. Il faut aussi aborder la question de l'attitude des agents de santé à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des personnes à risque élevé de contracter l'infection. Le Réseau Asie-Pacifique des personnes vivant avec le VIH/sida (24) a enquêté récemment sur l'accès en 2008 de plus de 3000 personnes vivant avec le VIH aux services de santé liés au VIH. Près de 37% des femmes et 13% des hommes qui avaient des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transsexuelles participant à l'enquête ont indiqué qu'ils avaient été testés pour le VIH

¹ Données transmises par les pays à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en réponse au questionnaire annuel de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2009.

sans leur consentement éclairé ; le statut sérologique de 12% des hommes qui avaient des rapports homosexuels et des personnes transsexuelles avait été révélé à d'autres à leur insu. Les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont rapporté des expériences de refus d'accès aux services et de violence physique de la part des soignants. Des études similaires dans d'autres régions (25–27) ont aussi signalé des

cas de stigmatisation et de discrimination dans les services de santé à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, allant de violations de la confidentialité à des retards ou au refus d'assurer des soins. Bien que les facteurs tels que la prise de conscience accrue du VIH et l'expansion du traitement antirétroviral puissent aider à réduire la discrimination liée au VIH dans les établissements de santé de certains pays, d'autres facteurs tels que l'homophobie continuent de

Encadré 6.2. Expériences nationales dans l'application d'approches de délégation des tâches pour la prestation des services de prise en charge du VIH

Introduire la délégation des tâches dans les politiques nationales sur le traitement antirétroviral au Malawi

Depuis que le traitement du VIH a commencé à s'étendre il y a cinq ans, le Malawi le propose dans 223 dispensaires fixes et 96 centres de proximité qui ont instauré un traitement antirétroviral chez plus de 215 000 patients et ont documenté les résultats de leur traitement.

D'après les premières directives nationales sur le traitement antirétroviral en 2003, les médecins et les cliniciens étaient les seuls à pouvoir initier et prescrire le traitement antirétroviral, alors que les infirmières et les assistants médicaux correctement formés pouvaient surveiller les patients sous traitement antirétroviral. Pendant les deux premières années, 60 centres de traitement ont été aménagés, principalement dans les hôpitaux, et près de 40 000 patients ont commencé un traitement antirétroviral. Néanmoins, alors que le nombre de personnes traitées augmentait, il est devenu apparent que, de fait, c'étaient les infirmières qui dirigeaient les centres. Il était aussi évident que l'enregistrement et la transmission des données dépendaient des employés de bureau et qu'une amélioration de l'accès et du suivi passait par la décentralisation vers les centres de santé périphériques où les cliniciens étaient rarement présents.

Le nouveau plan d'extension du traitement antirétroviral (2006-2010) a fixé un objectif de 250 000 personnes devant commencer le traitement d'ici à 2010. Cet objectif sera atteint grâce à un suivi décentralisé, l'instauration du traitement antirétroviral dans les centres de santé et la délégation des tâches. Les nouvelles directives nationales précisent que les médecins, les cliniciens et les assistants médicaux peuvent initier le traitement antirétroviral à partir de 2006 et les infirmières à partir de 2008. Rien qu'en 2008, 76 000 personnes ont commencé un traitement antirétroviral et, sur les 170 sites du secteur public, près de la moitié étaient des centres de santé.

Chaque trimestre, les données sont recueillies afin d'estimer le nombre d'équivalents de cliniciens, d'infirmières et d'employés de bureau nécessaires à plein temps pour assurer le traitement antirétroviral au niveau national dans le secteur public. De 2006 à 2008, la main-d'œuvre requise pour dispenser le traitement antirétroviral à un nombre croissant de personnes a dû doubler. Si le Malawi continue d'enrôler 75 000 patients par an, d'ici à 2015, il prévoit que 750 000 personnes commenceront le traitement antirétroviral, ce qui exigera à temps plein 500 équivalents de cliniciens et 500 équivalents d'infirmières juste pour doter en personnel les centres de traitement antirétroviral. Ces besoins exerceront des pressions considérables sur main-d'œuvre actuelle. Des stratégies pour s'attaquer à cette charge croissante comprennent la mise en œuvre de protocoles standard simplifiés, l'amélioration de la prestation des services par la recherche opérationnelle, l'accélération du recrutement d'employés de bureau et la possibilité de la délégation de tâches à des niveaux inférieurs d'agents de santé comme les assistants de la surveillance sanitaire.

Délégation des tâches et mobilisation communautaire pour optimiser le traitement du VIH dans le soins de santé primaires au Lesotho

Le Lesotho connaît une grave pénurie de soignants, avec seulement cinq médecins et 62 infirmières pour 100 000 habitants. Quatre-vingts pour cent des médecins viennent d'autres pays, principalement d'Afrique, et beaucoup attendent l'autorisation de pratiquer la médecine en Afrique du Sud.

Début 2006, le traitement antirétroviral était disponible seulement au niveau hospitalier et dispensé presque exclusivement par des médecins. Comprendant que la pénurie de personnel de santé était un obstacle majeur à l'expansion du traitement du VIH, fin 2007, le Gouvernement du Lesotho a dressé un plan d'urgence pour les ressources humaines. Il a recruté 200 infirmières à l'intérieur et à l'extérieur du pays pour renforcer la capacité à gérer le traitement antirétroviral au niveau des centres de santé et a distribué des indemnités pour affectation en zone rurale et d'autres allocations pour retenir les agents de santé. Le Ministère de la santé et de la protection sociale a aussi adopté officiellement la délégation de tâches au niveau national (particulièrement les soins du VIH par les infirmières dans le cadre des soins de santé primaires) et l'utilisation de la communauté et des agents de santé basés dans les centres pour les tâches de soutien non clinique, en se fondant sur l'expérience du SELIBENG SA TSEPO (Source d'espoir). Ce programme pilote conjoint lancé en 2006 avec Médecins sans Frontières qui assure des soins et un traitement du VIH, dont un traitement antirétroviral, dans les centres de soins de santé primaires d'une zone sanitaire rurale desservant une population de 200 000 habitants, dont quelque 30 000 vivent avec le VIH (23).

En février 2009, SELIBENG SA TSEPO avait formé plus de 150 infirmières à l'administration du traitement antirétroviral et à la prise en charge des infections opportunistes. Compte tenu du fort roulement du personnel infirmier, la formation est répétée régulièrement, au moins trois fois par an, pendant une semaine de formation complète au traitement et aux soins du VIH, associée à un système intensif de référents cliniques d'une durée de deux mois assuré par l'équipe mobile de Médecins sans Frontières et des infirmières cliniciennes plus expérimentées. Une formation ciblée en cours d'emploi est aussi assurée sur des questions identifiées pendant les visites de supervision. En outre, le programme a recruté des conseillers profanes en VIH/tuberculose, habituellement des personnes vivant avec le VIH, des agents de santé de village ou des éducateurs pairs issus de la communauté, qui ont été formés par Médecins sans Frontières et ont été supervisés directement par les infirmières responsables des dispensaires. Ces conseillers profanes sont basés dans les centres de santé. Ils reçoivent une formation structurée, ont des descriptions claires des tâches qui leur incombent et sont rémunérés pour leurs services. Ils gèrent les services de conseil et dépistage du VIH, apportent un appui à l'observance du traitement et se chargent des tâches générales de soutien clinique.

rendre difficile aux personnes les plus exposées à l'infection à VIH de demander un dépistage et un traitement dans les services de santé.

nouvelles technologies biomédicales de prévention du VIH comme les vaccins, les microbicides et les prophylaxies avant et après exposition.

6.3. Gestion des achats et de la distribution

Pour parvenir à l'accès universel aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH, il faut que les autorités nationales, les compagnies pharmaceutiques et les institutions internationales collaborent pour assurer un approvisionnement ininterrompu et d'un coût abordable d'une vaste variété de produits liés au VIH, notamment des médicaments antirétroviraux et des diagnostics du VIH. En 2008, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies a organisé une réunion avec 17 compagnies pharmaceutiques fabricant des médicaments et diagnostics brevetés ou génériques afin de passer en revue et multiplier les activités collectives pour élargir l'accès aux médicaments relatifs au VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (28). Les compagnies pharmaceutiques se sont engagées à poursuivre la recherche et le développement de nouveaux médicaments liés au VIH, adaptés aux environnements à ressources limitées, conformément aux recommandations de l'OMS. Elles ont aussi promis de développer des technologies fiables et d'un coût abordable pour diagnostiquer le VIH et la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, notamment des tests pour les nourrissons, et d'investir davantage en faveur de la recherche-développement de

Au niveau national, des politiques solides et des systèmes efficaces de gestion des achats et de distribution sont nécessaires pour veiller à maintenir les approvisionnements des fournitures essentielles comme les médicaments antirétroviraux. Les ruptures de stocks de médicaments antirétroviraux peuvent conduire à l'interruption du traitement, augmentant le risque d'échec thérapeutique ou d'apparition de variantes pharmacorésistantes du VIH. En 2008, parmi les 97 pays ayant présenté un rapport, 85 (88%) avaient des politiques ou des directives nationales sur la gestion des achats et la distribution des médicaments antirétroviraux et d'autres produits pharmaceutiques essentiels, notamment des trousse de tests¹. Les ruptures de stocks continuent d'inquiéter les pays à revenu faible ou intermédiaire. Des 90 pays qui ont transmis des informations sur ce problème en 2008, 31 (34%) ont indiqué que leurs centres de santé dispensant les médicaments antirétroviraux avaient connu au moins une interruption de l'approvisionnement pendant l'année, comme en 2007, où 25 (38%) des 66 pays qui avaient présenté des informations avaient manqué au moins une fois de médicaments. En 2008, une proportion plus élevée de pays en Afrique

¹ Données transmises par les pays à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en réponse au questionnaire annuel de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2009.

Encadré 6.3. Renforcer les systèmes de gestion des achats et de la distribution des médicaments antirétroviraux en Éthiopie

L'Éthiopie a commencé à élargir l'accès au traitement antirétroviral en 2006. À cette époque, il n'y avait pas de système logistique fiable pour les médicaments antirétroviraux et d'autres produits, et la coordination entre les partenaires était faible.

Depuis 2006, le système de gestion de la chaîne de distribution du Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida et le Bureau fédéral éthiopien de prévention et de lutte contre le VIH/sida ont pris une série de mesures pour construire un solide réseau de systèmes et de partenaires capable de soutenir l'expansion du programme de traitement (29). Ces mesures ont inclus la mobilisation des ressources, l'évaluation des besoins et la gestion régulière des plans d'approvisionnement en coordination avec les partenaires. L'Éthiopie a aussi révisé le système logistique pour les médicaments antirétroviraux afin de permettre aux centres de santé de passer des commandes correspondant à leurs besoins. Elle a établi un nouveau système logistique pour les articles de laboratoire de façon à garantir un approvisionnement ininterrompu.

Ces activités ont permis de compter sur un approvisionnement accru et soutenu de médicaments antirétroviraux, de trousse de tests rapides, de fournitures pour laboratoires et de médicaments pour les infections opportunistes à l'appui du programme national. Elles sont aussi parvenues à éliminer presque totalement les ruptures de stock de médicaments antirétroviraux au niveau national. En 2008, aucun des 420 centres de santé qui distribuaient des médicaments antirétroviraux en Éthiopie n'avait manqué d'un antirétroviral nécessaire¹. Un mécanisme national de coordination réunit les donateurs et les responsables de la mise en œuvre du programme pour répondre conjointement aux besoins croissants des programmes alors que des mécanismes de coordination régionale sont en cours d'établissement.

De plus, des efforts pour renforcer la gestion des achats et de la distribution des médicaments antirétroviraux ont apporté des avantages plus larges pour l'ensemble du système. L'accès à d'autres médicaments essentiels, comme le traitement des infections opportunistes, s'est amélioré avec l'appui du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et la formation nationale aux méthodes de quantification des besoins en antirétroviraux a été utile pour mener des évaluations similaires pour d'autres médicaments. Les leçons tirées du renforcement des systèmes de gestion des achats et de la distribution des antirétroviraux sont appliquées pour créer une Agence nationale de fonds et d'approvisionnement pharmaceutiques pour tous les produits pharmaceutiques.

¹ Données transmises par les pays à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en réponse au questionnaire annuel de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2009.

subsaharienne et aux Amériques que dans d'autres régions ont connu des ruptures de stocks. L'OMS et ses partenaires mettront au point un système d'alerte précoce pour prévenir ces incidents et leurs graves conséquences sur l'interruption du traitement et l'émergence de la pharmacorésistance.

Des informations complémentaires sur les systèmes de gestion des achats et de la distribution sont disponibles à partir d'études spécifiques au niveau national. En 2007 et 2008, grâce à une étroite collaboration avec les partenaires internationaux, 15 pays d'Afrique subsaharienne¹ ont entrepris une revue des publications et conduit des enquêtes nationales pour évaluer leurs systèmes nationaux d'achat et de distribution. Ces études ont révélé des structures complexes de gestion des achats et de la distribution, avec une coordination inappropriée entre les autorités nationales et leurs partenaires et un manque de ressources humaines formées. Après ces études d'évaluation, neuf pays participent à un projet régional destiné à établir des procédures harmonisées de gestion des achats et de distribution en collaboration avec les partenaires. Ce projet apportera également une assistance technique afin de renforcer les systèmes nationaux dans ce domaine. Certains pays prennent aussi des mesures pour améliorer la coordination des partenaires nationaux qui participent à la gestion des achats et de la distribution au niveau national (encadré 6.3).

6.4. Les laboratoires

L'approche de santé publique de l'extension de l'accès au traitement antirétroviral doit beaucoup à l'utilisation efficace du système des stades cliniques de l'OMS qui permet de déterminer le moment opportun pour l'instauration du traitement antirétroviral, en l'absence de capacités appropriées de laboratoire permettant de mesurer la numération des CD4. Le suivi clinique a également été appliqué avec succès dans les environnements à ressources limitées, pour surveiller la toxicité et substituer ainsi les médicaments antirétroviraux si nécessaire, et aussi pour identifier les échecs thérapeutiques, mesures essentielles pour initier un traitement de deuxième intention.

Pourtant, alors que le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral augmente substantiellement, les efforts pour renforcer les capacités de laboratoire doivent se poursuivre parallèlement pour permettre aux services de santé de diagnostiquer l'infection à VIH, d'évaluer le statut immunologique des personnes vivant avec le VIH, de formuler des plans de traitement et de surveiller l'issue du traitement, comme les réactions indésirables et l'échec thérapeutique. Malheureusement, les services de laboratoire sont souvent sous-financés, manquent de procédures d'assurance qualité et opèrent fréquemment sans une coordination stratégique satisfaisante entre les niveaux local

et national du réseau échelonné de laboratoires d'un pays (c'est-à-dire un système intégré de laboratoires à plusieurs niveaux, aligné sur le système de santé publique du pays). La faiblesse de l'infrastructure et l'insuffisance du nombre de personnel technique contrarient encore le développement du système plus large.

Une récente évaluation des besoins en ressources humaines pour soutenir des services essentiels de laboratoire pour le VIH, la tuberculose et le paludisme en Côte d'Ivoire et en République-Unie de Tanzanie a révélé beaucoup de manques dans les capacités de laboratoire (30,31). La taille des effectifs employés dans les laboratoires nationaux était près de la moitié de celle que recommandaient les directives nationales des deux pays. De plus, les centres et les techniciens chargés de fournir des services essentiels de diagnostic aux niveaux périphériques laissaient beaucoup à désirer, tout comme les programmes d'étude, les matériels d'enseignement et la supervision. Pour corriger ces lacunes, la Côte d'Ivoire prépare sa première politique nationale sur les laboratoires et un plan stratégique national en matière de laboratoires. La République-Unie de Tanzanie prend elle aussi des mesures pour renforcer ses capacités de laboratoire. L'évaluation a recommandé plusieurs activités prioritaires supplémentaires, notamment un relèvement des investissements en faveur du personnel de laboratoire comme volet essentiel du personnel de santé, l'établissement de mesures pour encourager les effectifs à travailler dans les zones rurales et éloignées et une supervision et formation appropriées sur site.

En 2008, les pays de l'Afrique subsaharienne ont adopté la Déclaration de Maputo sur le renforcement des systèmes de laboratoire pour le VIH, la tuberculose et le paludisme, dans laquelle ils ont accepté de formuler une politique nationale sur les laboratoires et d'appliquer un plan stratégique national en matière de laboratoires qui reflètera une approche intégrée de santé publique à la lutte contre les maladies (32). Plusieurs pays ont déjà entrepris de renforcer leurs réseaux de laboratoires, par exemple en adoptant des équipements et des articles connexes standard, comme le Botswana, le Kenya, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie (encadré 6.4). Ces mesures procurent des avantages opérationnels et financiers non négligeables, notamment en réduisant sensiblement les coûts grâce aux achats en gros et aux économies d'échelle ; une efficacité accrue dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement avec moins de ruptures de stocks et d'expiration des réactifs ; un entretien simplifié des services ; une planification et une quantification améliorées des besoins ; et des exigences normalisées de formation du personnel.

Des partenaires internationaux comme l'OMS, l'UNICEF, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et d'autres institutions aident les pays à instaurer des systèmes de laboratoires souples et efficaces par des activités telles que la définition de recommandations techniques et opérationnelles pour harmoniser et normaliser les tests cliniques en laboratoire ; renforcer les réseaux intégrés et échelonnés de laboratoires dans les environnements à

¹ Ces pays sont les suivants : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal et Zambie.

Encadré 6.4. Renforcer les capacités de laboratoire dans la République-Unie de Tanzanie et en Zambie

La République-Unie de Tanzanie possède un système de laboratoires de santé à plusieurs niveaux, avec une complexité décroissante des fonctions et des compétences depuis le niveau national jusqu'aux niveaux des centres de santé et des dispensaires. Il existe un laboratoire de référence et quatre laboratoires zonaux de référence, 23 laboratoires régionaux, 90 laboratoires de district et 6099 laboratoires de centres de santé (577) et de dispensaires (5522). Après l'adoption d'un plan national d'élargissement du traitement antirétroviral en 2002, le Ministère de la santé et de la protection sociale et ses partenaires ont évalué la capacité du système de laboratoire à répondre aux besoins accrus de services. Cet exercice a été suivi d'un vaste examen des directives nationales sur les normes des laboratoires de santé, qui régissent le cadre institutionnel soutenant le système national de laboratoire, la structure organisationnelle des services de laboratoire, les normes minimales d'infrastructure physique, l'éventail des tests essentiels à pratiquer à chaque niveau des services de laboratoire et des besoins minimums en personnel pour tous les niveaux. Un plan opérationnel pour le système national de laboratoire à l'appui des soins et du traitement du VIH/sida a été préparé en 2005. Actuellement, 94% de l'équipement dans le système de laboratoire de santé publique est normalisé, comme prévu dans le plan opérationnel, avec un délai d'obtention du résultat inférieur à 24 heures pour la plupart des tests de laboratoire.

En Zambie, le Ministère de la santé a mis au point une politique nationale sur les laboratoires médicaux en 1997. La politique était assortie d'un plan d'application quinquennal, dont une mesure était de normaliser les procédures et l'équipement de laboratoire. Vers 1999, le Ministère de la santé a dressé une liste d'équipement essentiel pour les différents niveaux du réseau de laboratoires. Avec l'expansion du programme de traitement antirétroviral, le Gouvernement a compris la nécessité de renforcer son infrastructure de laboratoires pour réaliser des tests essentiels de diagnostic et de suivi. En mai 2006, le groupe de travail technique sur les laboratoires, formé pour définir une approche coordonnée destinée à améliorer les services de laboratoire dans le pays, a créé le plan opérationnel pour le système national de laboratoires (2006-2008) et a défini une liste d'équipements standards potentiels par niveau d'établissement.

La Zambie compte actuellement 216 laboratoires actifs dans le secteur public. Le processus de standardisation a réduit le nombre de produits de laboratoire d'environ 80%, minorant ainsi les coûts globaux d'achat par des économies d'échelle. De plus, la gestion de la chaîne d'approvisionnement s'est notablement améliorée. En 2007, on estimait que 70% des 185 produits prioritaires de laboratoire avaient été en rupture de stocks au moins une fois dans l'entrepôt central. Fin 2008, le taux de rupture de stocks avait été ramené à 2%.

ressources limitées ; et approuver un ensemble bien défini d'équipements et de fournitures requis pour chaque niveau du réseau de laboratoires. L'UNICEF, l'OMS, l'UNITAID, le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ont aussi consenti des efforts spéciaux pour améliorer la capacité des laboratoires à diagnostiquer rapidement le VIH chez le nourrisson.

6.5. Financer la santé

Pour parvenir à l'accès universel, il faut que la population dispose de services abordables de prévention, de traitement et de soins du VIH. Puisque ce sont les pays avec des ressources limitées qui supportent la plus lourde charge de VIH, le financement des services en matière de VIH représente un obstacle majeur sur la voie d'un accès universel. Le secteur public n'a souvent pas suffisamment de ressources pour assurer des services essentiels de prévention et de traitement ; quant aux individus et aux ménages, ils n'ont fréquemment pas les moyens de payer pour ces prestations ou sont incapables de supporter les coûts indirects de la recherche des services, par exemple la perte de temps de production et les frais de transport.

Promouvoir des services de prévention, de traitement et de soins du VIH à des coûts abordables doit donc faire partie intégrante d'une stratégie globale pour parvenir à l'accès universel. Les données disponibles indiquent que les services de prise en charge du VIH devraient de

préférence être délivrés gratuitement au point de prestation (33). Prélever des honoraires pour récupérer les coûts auprès des usagers finaux inhibera probablement la prévention, découragera le dépistage du VIH, réduira le recours au traitement antirétroviral et diminuera l'observance chez les patients déjà sous traitement (34).

Beaucoup de pays appliquent des mesures pour assurer gratuitement des services de prise en charge du VIH dans le secteur public. Ces dernières années, l'augmentation considérable de la disponibilité de financement de la part de partenaires internationaux comme 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 a permis aux pays de réduire ou d'éliminer les frais demandés aux patients pour les services essentiels. En 2008, 88% des pays à revenu faible ou intermédiaire avaient des politiques de gratuité du traitement antirétroviral dans le secteur public¹. Les pays ont aussi indiqué qu'ils avaient mis en place des politiques de gratuité du traitement au cotrimoxazole (83%), de la surveillance en laboratoire (77%) et du dépistage du VIH (93%).

Compte tenu de la crise économique mondiale qui a débuté en 2008, assurer gratuitement des services de prise en charge du VIH ne sera peut-être pas viable pour certains pays. D'après une enquête sur les perceptions du personnel, réalisée par la Banque mondiale, l'OMS et l'ONUSIDA dans 71 pays début 2009 (35), le financement

¹ Données transmises par les pays à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en réponse au questionnaire annuel de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2009.

intérieur et international est déjà touché dans 11% des pays ayant fait l'objet de l'enquête et un impact est attendu dans 31% des pays en 2009. Dans environ 40% des pays examinés, les engagements internationaux en matière de financement sont sûrs uniquement jusqu'en 2009 ou 2010. Les répondants se sont aussi déclarés inquiets des éventuels effets négatifs sur les financements des programmes de prévention, qui sont politiquement plus faciles à réduire que les programmes de traitement.

Trouver le juste équilibre entre les fonds nationaux et internationaux est un défi pour le financement viable des programmes de prise en charge du VIH. Dans beaucoup de pays (comme le Myanmar et la Papouasie-Nouvelle-Guinée), le traitement antirétroviral est financé entièrement ou presque par des fonds provenant de donateurs internationaux. Toute réduction des ressources reçues aura des répercussions sur le programme de traitement, puisque les budgets nationaux ne pourront pas remplacer la différence. Par exemple, l'Ouzbékistan, qui dépend presque totalement du Fonds mondial pour financer les programmes de traitement antirétroviral, n'est pas parvenu à assurer un financement dans les séries suivantes de demande de soutien. Au Cameroun, où la prévalence du VIH est beaucoup plus élevée, la moitié du financement des programmes de traitement provient de sources externes. Ce financement n'est engagé que jusqu'en 2009 et aucune autre source de financement n'a été identifiée. Cela créera des difficultés pour garantir la continuité du traitement des patients déjà sous traitement antirétroviral ou pour couvrir le coût du traitement des nouveaux patients, multipliant ainsi les risques d'une interruption du traitement, de pharmacorésistance du VIH et de décès¹. Ainsi que l'a reconnu la cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé en 2005, il est crucial pour les pays de gérer et d'organiser les fonds extérieurs de façon à contribuer à la mise en place de mécanismes de financement durables pour le système de santé dans son ensemble et de faire en sorte que les systèmes de financement de la santé protègent les individus contre le risque financier (36).

6.6. Information stratégique

L'information stratégique sur l'épidémie de VIH et la riposte est capitale pour comprendre la charge de la maladie et ses déterminants, définir des politiques et des programmes et améliorer la prestation des services. L'expansion du financement international de la riposte au VIH de la part d'institutions comme 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 s'est accompagnée d'un accent accru sur la gestion et l'application de programmes subordonnés aux résultats et aussi d'une attention plus soutenue au rapport coût-efficacité des différentes stratégies. La planification et l'expansion des interventions sont donc de plus en plus liées aux modalités de suivi et d'évaluation, avec des indicateurs

pour suivre les progrès dans différents domaines de mise en œuvre et pour garantir la responsabilité en rapport avec les objectifs nationaux et mondiaux.

En 2008, 139 des 149 pays à revenu faible ou intermédiaire ont répondu au questionnaire conjoint OMS, UNICEF et ONUSIDA sur la riposte du secteur de la santé au VIH/sida (des données ont aussi été reçues de 19 pays à revenu élevé). Les données ont été validées conjointement aux niveaux national et régional avec les autorités nationales et les institutions partenaires, puis elles ont été conciliées au niveau mondial. L'augmentation annuelle du nombre de pays qui ont transmis des informations nationales à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA pour surveiller la riposte mondiale du secteur de la santé au VIH/sida montre que les pays ont compris toute l'importance de l'information stratégique et témoigne de leurs efforts pour améliorer le recueil, l'analyse et l'interprétation des données. Néanmoins, la qualité des données est inégale entre pays et domaines d'intervention, comme les données sur l'accès aux services des populations à risque élevé de contracter le VIH. Il faut continuer de perfectionner le recueil des données et leur utilisation pour mieux influencer sur l'amélioration des programmes (encadré 6.6).

La surveillance du VIH est la pierre angulaire de la connaissance d'une épidémie et de l'élaboration d'une riposte. En 2008, l'OMS et l'ONUSIDA ont continué d'apporter des conseils et un soutien technique aux pays pour renforcer leur système de surveillance du VIH. Un nombre accru de pays réalisent aussi des enquêtes démographiques et sanitaires avec dépistage du VIH et cinq pays avaient mené au moins deux de ces enquêtes représentatives du point de vue national en 2008, permettant ainsi d'évaluer les tendances au fil du temps. Davantage de données sont attendues d'au moins dix enquêtes nationales supplémentaires qui devraient s'achever en 2009 et 2010.

L'accroissement du nombre de patients sous traitement antirétroviral met aussi en exergue l'importance d'une analyse de cohorte dans le recueil, la compilation et l'analyse des données pour surveiller les résultats et les conséquences des programmes en expansion. L'OMS, l'UNICEF, l'ONUSIDA, les Centres for Disease Control and Prevention des États-Unis et d'autres partenaires préparent conjointement trois systèmes reliés de suivi des patients pour les soins du VIH/traitement antirétroviral, les soins de santé maternelle et infantile/prévention de la transmission mère-enfant (y compris la prévention du paludisme pendant la grossesse) et la coinfection tuberculose/VIH. Ces mécanismes donnent un ensemble d'outils standardisés pour aider les pays à améliorer la surveillance des patients et à présenter les données relatives aux résultats (encadré 6.5) (37).

La recherche opérationnelle pour apprendre de manière empirique est un volet tout aussi important de l'information stratégique, liant la recherche aux politiques et aux pratiques et fournissant des données pour améliorer les programmes. Ces dernières années, les pays ont montré davantage d'intérêt à l'égard de l'inclusion de la recherche

¹ Informations transmises à l'OMS, l'ONUSIDA et la Banque mondiale en réponse à une enquête sur la perception de la crise économique mondiale et de la riposte au VIH parmi le personnel, 2009

Encadré 6.5. Appliquer un système national de surveillance des patients pour les soins du VIH et le traitement antirétroviral en Inde

En Inde, le programme de traitement antirétroviral gratuit dans le secteur public a commencé en 2004 dans huit hôpitaux publics. En mai 2009, 232 908 adultes et enfants suivaient un traitement antirétroviral dans 217 centres de santé publique¹. L'expansion du programme de traitement s'est accompagnée d'un système standard de surveillance des patients fondé sur les outils mondiaux de suivi des patients recommandés par l'OMS (38). Pendant la première année de l'expansion du traitement antirétroviral, l'OMS a aidé le pays à adapter des matériels génériques et à préparer des outils de formation et de renforcement des capacités. Ce système de surveillance consistait en une association d'outils d'enregistrement imprimés (dont les carnets du patient conservés par les patients et les centres de santé, les registres préalables au traitement antirétroviral et relatifs à celui-ci, ainsi que les registres de dispensation des médicaments et d'inventaire des stocks) et des outils de notification des informations (dont un rapport mensuel et un rapport d'analyse de cohorte) pour évaluer les résultats des patients et les performances du programme en matière de soins du VIH et de traitement antirétroviral.

En 2009, l'OMS, en collaboration avec le programme national, a mené une étude de cas pour documenter la mise en œuvre du système de suivi des patients en Inde, identifier les mesures nécessaires au niveau national pour la viabilité et la continuité des bons résultats et partager l'expérience avec d'autres pays. L'expérience de l'Inde démontre avec succès comment un système normalisé de surveillance des patients peut être appliqué à l'échelle nationale dans un pays vaste et disparate, avec un grand nombre de patients sous traitement et bénéficiant de soins du VIH. Au niveau central, l'organisation nationale de lutte contre le sida (NACO) coordonne le système de surveillance des patients, qui couvre tous les sites de traitement publics et financés par la NACO, avec des ressources financières garanties et un investissement en faveur des ressources humaines et des infrastructures. Chaque site de traitement compte au moins un gestionnaire des données, un pharmacien et deux conseillers pour soutenir la gestion des données ; tous ont été formés par la NACO. Les cliniciens et les conseillers notent les données sur des cartes et des registres imprimés. Les données des patients sont ensuite saisies dans un logiciel de suivi des patients par les gestionnaires des données et analysées pour en tirer des statistiques qui figurent dans les rapports mensuels adressés à la NACO.

L'Inde est aussi parvenue à intégrer le suivi des patients et la gestion des achats et de la distribution au niveau des sites dans le cadre du même système, avec des registres de dispensation des médicaments et d'inventaire des stocks tenus par les pharmaciens. Grâce à ces efforts, le système étendu de surveillance des patients est bien organisé et produit des rapports réguliers, ponctuels et complets. L'information créée par le système est utilisée pour documenter la mise en œuvre des programmes. Elle permet par exemple de se prémunir contre les pénuries de médicaments en veillant à ce qu'au moins trois mois de fournitures soient toujours en stock.

Cependant, il est difficile d'entretenir un système efficace et productif à base imprimée dans un grand pays. Étant donné la charge de travail croissante en rapport avec la surveillance d'un nombre exponentiel de patients ayant accès aux services et dont il faut rendre compte, l'Inde applique un système électronique national de suivi des patients. Ce système a fait l'objet d'un projet pilote appliqué initialement dans des sites sélectionnés qui, depuis 2008, ont été élargis au niveau national à tous les centres de traitement antirétroviral avec l'appui de la Fondation William J. Clinton. Quand toutes les fonctions de prise en charge clinique et des patients auront été incluses dans le système, le logiciel facilitera grandement la gestion des données, créera des rapports mensuels et par cohortes, et vérifiera la qualité des données recherchant les données manquantes ou incomplètes. L'Inde travaille aussi pour renforcer l'analyse de cohortes dans des sites sélectionnés afin de permettre une évaluation des programmes au fil du temps et renforcer la capacité à utiliser les informations non pas seulement pour les rapports, mais aussi pour faciliter la prise de décision à tous les niveaux.

L'expérience réussie de l'Inde souligne les éléments centraux suivants d'un système opérationnel de surveillance des patients :

- garantir le leadership national et l'engagement en faveur d'une stratégie unique et d'un seul système de suivi des patients ;
- investir dans les ressources humaines pour les fonctions de gestion des données qui soutiennent le personnel clinique ;
- assurer un approvisionnement ininterrompu d'outils d'enregistrement et de notification des données faciles à utiliser ;
- apporter un soutien technique au suivi des patients de la part des institutions internationales ;
- décentraliser la responsabilité, et les systèmes efficaces de supervision et de référents ;
- utiliser les informations créées à tous les niveaux pour la prise de décision ; et
- faire en sorte d'assurer des ressources financières.

¹ De plus, 5442 personnes suivaient un traitement antirétroviral dans le secteur intersectoriel de la santé et dans des centres financés par le Fonds mondial et des organisations non gouvernementales, et environ 35 000 personnes supplémentaires étaient soignées dans le secteur privé non organisé – données transmises à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en réponse au questionnaire annuel de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida et données actualisées de l'Organisation nationale de lutte contre le sida (NACO).

opérationnelle dans leurs efforts pour élargir les services de dépistage, de prévention, de traitement et de soins du VIH. L'OMS et ses partenaires se sont efforcés de répondre à cette demande croissante d'assistance technique, soutenus par l'engagement du Fonds mondial de financer les activités de suivi, d'évaluation et de recherche. Des outils pour formuler et appliquer des projets de recherche

opérationnelle ont été préparés et une assistance technique est apportée, même si des activités et des ressources plus concertées sont nécessaires dans ce domaine¹.

¹ En 2009, l'OMS a publié un ensemble d'outils génériques pour faciliter la réalisation de recherches opérationnelles dans quatre domaines prioritaires : l'utilisation du conseil et du dépistage du VIH ; la révélation, la stigmatisation et le soutien ; l'observance du traitement antirétroviral ; et la prévention du VIH dans le contexte d'un accès élargi au traitement du VIH (39).

Encadré 6.6. La disponibilité et la qualité des données s'améliorent, mais il reste des lacunes majeures

L'évaluation quinquennale financée par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme dans 18 pays (encadré 2.6) a montré que l'expansion des programmes de VIH avait permis un certain nombre d'améliorations dans la disponibilité et la qualité des données sur les résultats des programmes et l'état de santé des patients. Parmi les domaines d'amélioration figurent :

- le suivi de la prévalence du VIH grâce aux enquêtes démographiques avec dépistage du VIH, à de meilleurs systèmes de surveillance du VIH au sein des services prénatals, et à certaines améliorations dans la surveillance parmi les populations à risque élevée de contracter l'infection à VIH ;
- l'information sur les comportements à risque et la couverture des interventions par des enquêtes démographiques plus fréquentes avec questions liées au VIH/sida ;
- des données sur la prestation des services en matière de VIH par les évaluations des établissements sanitaires, parfois menées en association avec d'autres programmes de santé ;
- des systèmes de rapports cliniques pour le VIH, dans certains cas à travers des rapports électroniques de données agrégées et de dossiers de santé informatisés ;
- la compilation régulière de données provenant de secteurs multiples soutenus par l'ONUSIDA et les organismes coparrainants, pour la transmission d'informations au niveau mondial dans le cadre des objectifs définis par la Déclaration d'engagement de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies, ainsi que des engagements en vue de parvenir à un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien ; et
- la disponibilité des données financières par le truchement d'évaluations nationales des dépenses consacrées au sida, bien que la qualité de ces données soit variable et que les dépenses des patients ne soient pas prises en compte.

Il y a néanmoins un certain nombre de faiblesses persistantes qui entravent la capacité à surveiller, gérer et évaluer les programmes, qui compromettent à leur tour la capacité de l'OMS et de ses partenaires à surveiller les progrès. Ces faiblesses comprennent :

- le manque de données sur la mortalité par le sida en raison d'un investissement insuffisant dans les systèmes d'état civil avec certificat de cause de décès dans les hôpitaux ou d'autopsie verbale pour les décès non hospitaliers ; ainsi que le long délai entre le recueil des données et la disponibilité des résultats (par exemple deux ou trois ans pour la surveillance du VIH) et le manque de données sur les tendances liées aux populations à risque élevé d'infection par le VIH ;
- la rareté des données sur les résultats du traitement antirétroviral, y compris sur l'observance et la survie ;
- dans certains pays, la mauvaise qualité des données sur la prestation des interventions (y compris le traitement antirétroviral, les interventions de prévention de la transmission mère-enfant et le conseil et dépistage du VIH) provenant des rapports des établissements de santé et l'entretien imparfait des bases de données avec un médiocre contrôle qualité ;
- la fragmentation des flux d'information étant donné que différents partenaires et donateurs recherchent des informations sur leurs propres activités et services sans systèmes standardisés, transparents et de notification commune des données ;
- des données incomplètes et inexactes sur les interventions communautaires (comme les soins et le soutien, par exemple pour les orphelins) recueillies à partir de dossiers administratifs qui proviennent d'un grand nombre d'organisations de prestation des services. Ces données sont souvent utilisées pour le décaissement de fonds subordonnés aux résultats, mais ne peuvent être traduites en estimations de couvertures des populations ; et
- le manque de mécanismes de contrôle de la qualité des données.

Références

1. *Soins de santé primaires : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/index.html, consulté le 1^{er} septembre 2009).
2. World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet*, 2009, 373:2137-2166.
3. Atun R et al. *Clearing the global health fog: a systematic review of the evidence on integration of health systems and targeted interventions*. Washington, DC, World Bank, 2009.
4. Ooms G. Shifting paradigms: how the fight for « universal access to AIDS treatment and prevention » supports achieving « comprehensive primary health care for all ». *Global Health*, 2008, 18(4):11.
5. Farmer P. From « marvelous momentum » to health care for all. *Foreign Affairs*, 2007, 86:155-159.
6. Biesma RG et al. The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control. *Health Policy and Planning*, 2009, 24:239-252.
7. Yu D et al. Investment in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries? *Global Health*, 2008, 4:8.
8. *Global Fund five-year evaluation, study area 3: the impact of collective efforts on the reduction of the disease burden of AIDS, tuberculosis and malaria. Final report*. Calverton, MD, MACRO International Inc., 2009.
9. Ravishankar N et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet*, 2009, 373:2113-2124.
10. Price JE et al. Integrating HIV Clinical services into primary health care in Rwanda: a measure of quantitative effects. *AIDS Care*, 2009, 21: 608-614.
11. Walton DA et al. Integrated HIV prevention and care strengthens primary health care: lessons from Haiti. *Journal of Public Health Policy*, 2004, 25:137-158.
12. *Qu'est-ce que le renforcement des systèmes de santé dans le cadre du mandat du Fonds mondial ?* Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2008 (Fiche d'information n° 5 ; http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_FactSheet_5_HSS_fr.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
13. *Qu'est-ce que le renforcement des systèmes communautaires ?* Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2008 (Fiche d'information n° 2 ; http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/8/R8CSS_Factsheet_fr.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
14. *Rapport d'activités*. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2008 (http://www.theglobalfund.org/documents/publications/progressreports/ProgressReport2008_fr.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
15. *Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris*. Résolution WHA62.12, Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://apps.who.int/gb/f/f_wha62.html#Résolutions, consulté le 1^{er} septembre 2009).
16. *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/fr/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
17. *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 1^{er} septembre 2009).
18. *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>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
19. *Health worker access to HIV/TB prevention, treatment and care services in Africa: situational analysis and mapping of routine and current best practices. Final 5-country report*. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine and Geneva, World Health Organization (sous presse).
20. *Health worker access to HIV and TB prevention, treatment, care and support services. Report of a survey of policy practices in 10 countries*. Geneva, Department of HIV/AIDS, World Health Organization, 2009.
21. Lehmann U et al. Task shifting: the answer to the human resources crisis in Africa? *Human Resources for Health*, 2009, 7:49.
22. Zachariah R et al. Task shifting in HIV/AIDS: opportunities, challenges and proposed actions for sub-Saharan Africa. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2009 103:549-558.
23. *Nurse-driven, community-supported HIV/AIDS treatment at the primary health care level in rural Lesotho: 2006-2008 programme report*. Cape Town, Médecins sans Frontières South Africa & Lesotho, 2009 (http://www.msf.org.za/Docs/Lesotho/MSF_Lesotho_Programme_Report_2006-2008_.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).

24. *Research finding highlights: access to HIV-related health services in positive women, men who have sex with men (MSM), transgender (TG) and injecting drug users (IDU)*. Bangkok, Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS, 2009.
25. *Perceived stigmatization and discrimination by health care providers toward persons with HIV/AIDS*. Addis Ababa, Miz-Hasab Research Center in collaboration with IntraHealth International, 2004 (http://www.phishare.org/files/3267_Ethiopia_Perceived_Stigma.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
26. *Lessons not learned: human rights abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation*. New York, Human Rights Watch, 2004 (<http://hrw.org/reports/2004/russia0404/russia0404.pdf>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
27. Reis C *et al.* Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLoS Medicine*, 2005, 2:e246.
28. *Secretary-General's statement issued following a meeting with pharmaceutical and diagnostic companies working on HIV and AIDS*. New York, United Nations Department of Public Information, 2008 (<http://www.un.org/News/Press/docs/2008/sgsm11855.doc.htm>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
29. Tesfaye Mekonnen G *et al.* Securing access to HIV treatment: building a strong network of systems and partners. Abstract no. XX. *2009 HIV/AIDS Implementers Meeting, Namibia, 10-14 June 2009*.
30. *Need assessment for strengthening laboratory human resource capacity for universal access to HIV, malaria and tuberculosis services in three sub-Saharan countries. Mainland United Republic of Tanzania*. Nairobi, African Medical and Research Foundation (AMREF) and Department of HIV/AIDS, World Health Organization, 2009.
31. *Need assessment for strengthening laboratory human resource capacity for universal access to HIV, malaria and tuberculosis services in three sub-Saharan countries. Côte d'Ivoire*. Nairobi, African Medical and Research Foundation (AMREF) and Department of HIV/AIDS, World Health Organization, 2009.
32. *Déclaration de Maputo sur le renforcement des systèmes de laboratoire*. Brazzaville, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2008 (http://scms.pfscm.org/scms/docs/papiers/Maputo-Declaration_Fren.doc, consulté le 1^{er} septembre 2009).
33. 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*, 2008, 22(Suppl 1):S161-S168.
34. *Participation financière des patients sur le lieu de prestation des traitements et des soins contre le VIH/sida : document de travail de l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/promotingfreeaccess_fr.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
35. *The global economic crisis and HIV prevention and treatment programmes: vulnerabilities and impact*. Washington, DC, World Bank and Geneva, UNAIDS, 2009 (<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/TheGlobalEconomicCrisisandHIVfinalJune30.pdf>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
36. *Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale*. Résolution WHA58.33, Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-fr.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
37. *Three interlinked patient monitoring systems for HIV care/ART, MCH/PMTCT (including malaria prevention during pregnancy), and TB/HIV*. Draft version, September 2008. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/hiv/pub/imai/patient_guidelines_july2008/en/index.html, consulté le 1^{er} septembre 2009).
38. WHO, UNAIDS and USAID. *Patient monitoring guidelines for HIV care and antiretroviral therapy*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/imai/patientguide/en/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
39. WHO and Population Council. *HIV testing, treatment and prevention: generic tools for operational research*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/hiv/pub/operational/or_generic_tools.pdf, consulté le 1^{er} septembre 2009).
40. WHO, World Bank, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria and International AIDS Society. *Addressing knowledge gaps in the public health approach to delivering antiretroviral therapy and care: consensus statement*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/hiv/pub/operational/knowledge/en/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).

7. VERS UN ACCÈS UNIVERSEL : LA VOIE DU PROGRÈS

En 2008, les pays à revenu faible ou intermédiaire ont accompli des progrès substantiels pour élargir l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH/sida. Du fait de l'engagement et des efforts des pays, des partenaires techniques, des organisations non gouvernementales et des communautés de personnes vivant avec le VIH ou les plus exposées au virus, fin 2008, un million de patients de plus que fin 2007 avaient accès au traitement antirétroviral. Le nombre total de personnes sous traitement antirétroviral est donc désormais de quatre millions dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, un succès remarquable dans des environnements à ressources limitées, au regard des complexités techniques et des coûts associés à une intervention qu'il faut poursuivre tout au long de la vie. Les données scientifiques démontrent que l'extension du traitement exerce un effet positif sur la mortalité et l'espérance de vie au niveau de la population, notamment dans les pays les plus gravement touchés. Également en 2008, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 45% des femmes enceintes séropositives au VIH ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant, alors que 38% des enfants de moins de 15 ans qui ont besoin d'un traitement antirétroviral, en bénéficiaient. Les données transmises par les pays dénotent une tendance à la hausse dans la disponibilité et l'utilisation des services de conseil et dépistage du VIH. De plus, l'amélioration des données épidémiologiques et comportementales a permis de mettre en œuvre des interventions de prévention plus efficaces et mieux ciblées, en particulier à l'intention des personnes à haut risque d'infection par le VIH.

En dépit de ces progrès considérables, en 2007, plus de 2,7 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH. Plus de 5 millions des 9,5 millions de personnes pour lesquelles on estime qu'un traitement antirétroviral est indiqué sont encore dans l'incapacité d'y avoir accès. La grande majorité des personnes vivant avec le VIH continuent d'ignorer qu'elles ont été infectées. De plus, les pays doivent simultanément élargir la couverture aux malades qui n'ont pas encore accès aux soins, et en même temps soutenir les programmes et les interventions en cours. Sans une accélération marquée du rythme auquel les services sont étendus et les personnes sont desservies, des millions de nouvelles infections se produiront, davantage de vies seront perdues et le fardeau économique et humain ainsi que les conséquences sur les générations futures continueront de s'alourdir.

On dispose aujourd'hui de plus de données qu'auparavant, rapportées par un nombre croissant de pays. Cela permet de définir plus efficacement des orientations et de mieux comprendre les lacunes des programmes et des politiques. Les mesures suivantes représentent les domaines auxquels les pays et les partenaires devront donner la priorité absolue ces prochaines années.

❶ Développer la disponibilité et l'utilisation des services de conseil et dépistage du VIH

Compte tenu du rôle que jouent les services de conseil et dépistage du VIH comme porte d'entrée vers les autres

interventions du secteur de la santé, leur élargissement est une condition nécessaire pour atteindre les objectifs de l'accès universel. L'expansion du conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé a été déterminante pour accroître sensiblement le nombre de personnes qui bénéficient d'un test et en reçoivent le résultat dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les activités de conseil et dépistage à l'initiative du soignant ont déjà été intégrées à de nombreux services de santé maternelle et génésique et font désormais partie intégrante des stratégies de transmission mère-enfant du VIH. Toutefois, dans les pays qui disposent d'enquêtes démographiques récentes, plus des deux tiers des personnes vivant avec le VIH ne connaissent toujours pas leur séropositivité. Il est recommandé que les programmes continuent de promouvoir le conseil et dépistage à l'initiative du soignant dans les établissements de santé, et étendent d'autres formules capables d'atteindre les personnes hors des centres médicaux. Ces méthodes comprennent le conseil et dépistage à l'initiative du patient et le conseil des couples, ainsi que des services de proximité englobant des stratégies de dépistage mobile, communautaire, familial et à domicile.

❷ Étendre l'accès à des interventions efficaces de prévention du VIH par le biais du secteur de la santé

Seule une association de disciplines et de modalités multiples, notamment des méthodes comportementales, biomédicales et structurelles, permettra d'étendre sensiblement les interventions de prévention du VIH. Le secteur de la santé est un point d'entrée essentiel pour proposer et assurer des services de prévention du VIH et il doit continuer de plaider en faveur de leur expansion. Les pays doivent mettre en œuvre des mesures de protection universelles contre l'infection par le VIH, en particulier le dépistage avec assurance qualité de tous les approvisionnements sanguins et la sécurité des injections.

Les initiatives pour accroître la circoncision dans les pays qui enregistrent un taux élevé de transmission hétérosexuelle du VIH et une faible prévalence de la circoncision doivent aller de pair avec une formation adaptée des agents de santé, qui s'inscrira dans une stratégie globale de prévention. Il faut également informer précisément des limites de l'effet protecteur de cette intervention. Des données récentes confirmant l'efficacité de microbicides vaginaux et de la prophylaxie pré-exposition permettent d'espérer que ces interventions biomédicales seront bientôt disponibles pour la prévention. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour évaluer rapidement les conséquences techniques, financières, comportementales et éthiques du recours généralisé au traitement antirétroviral pour la prévention du VIH, et pour examiner de plus près comment utiliser au mieux les antirétroviraux dans le contrôle de l'épidémie.

Il incombe aux pays de renforcer les programmes de prévention destinés aux personnes vivant avec le VIH, dont la situation et les besoins exigent de mettre au point

des stratégies spécifiques, notamment des interventions sanitaires et sociales. Ces programmes auront pour objectif d'améliorer la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH et de réduire la transmission du VIH, tout en encourageant la collaboration entre le secteur de la santé et les communautés de personnes séropositives.

③ Prêter davantage attention aux populations à risque élevé d'infection par le VIH, y compris dans les pays à épidémie généralisée

Il faut accorder davantage d'attention aux besoins des groupes très exposés à l'infection par le VIH, en particulier les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les professionnel(le)s du sexe, qui sont encore souvent incapables ou peu désireux d'utiliser les services de santé en raison de la stigmatisation, des lois discriminatoires et des préjugés sociaux dont ils font l'objet. Les prisonniers courent aussi un fort risque de contracter le virus ; pourtant l'accès à la prévention et aux soins demeure nettement inférieur en milieu carcéral que dans le reste de la société et la continuité des soins après la sortie de prison laisse souvent à désirer.

Les modalités de conseil et dépistage du VIH doivent être conçues de façon à s'adapter aux circonstances que connaissent ces populations, notamment en dispensant une formation adaptée aux prestataires de services et en assurant des modèles spécifiques de prestation de services. Il convient de surveiller plus étroitement la dynamique épidémiologique, y compris dans les pays qui connaissent une épidémie généralisée. Les pays doivent aussi redoubler d'efforts pour lever les obstacles techniques, juridiques et socioculturels qui ont contrarié l'introduction ou l'expansion d'interventions à base factuelle parmi les populations les plus exposées, comme les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, et les traitements de substitution aux opiacés pour les consommateurs de drogues injectables.

④ Garantir un accès au traitement en temps utile

Le démarrage tardif du traitement antirétroviral, dû souvent à l'ignorance de leur statut sérologique de la part des patients ainsi qu'à la stigmatisation et la discrimination sous-jacentes, est la principale cause des taux élevés de mortalité observés pendant la première année suivant la mise en place du traitement chez l'adulte et l'enfant. L'initiation du traitement peut aussi être retardé en raison de difficultés structurelles. Élargir le recours aux services de conseil et dépistage du VIH demeure une priorité pour garantir dans les meilleurs délais un diagnostic de l'infection à VIH et l'accès au traitement et aux soins ; il est donc urgent de renforcer la capacité des établissements de santé d'absorber la nouvelle demande.

Des données de plus en plus nombreuses montrent également que l'administration précoce du traitement antirétroviral par rapport aux critères cliniques et biologiques peut avoir un effet bénéfique sur la morbidité, la mortalité et la survie des individus. L'OMS examine actuellement les données disponibles pour réviser ses recommandations sur le traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

⑤ Améliorer la rétention, l'observance du traitement et la qualité des services

Seuls des programmes de traitement de qualité peuvent renforcer la rétention des patients et maintenir l'observance du traitement à des niveaux satisfaisants, tout en garantissant la viabilité financière et technique et l'expansion des programmes nationaux à long terme.

Les faibles taux d'observance et de rétention sont deux des principales raisons expliquant les médiocres résultats du traitement chez les patients sous traitement antirétroviral. En plus de leur impact direct sur le bien-être personnel, ils risquent de compromettre la rentabilité et l'efficacité des programmes, puisque beaucoup de patients qui suivent un schéma de première intention ne répondent plus au traitement à un stade trop précoce et sont donc obligés de passer à un schéma de deuxième intention plus onéreux et souvent indisponible. La faible rétention peut aussi avoir des répercussions négatives sur la santé publique du fait des niveaux accrus de pharmacorésistance.

Il faut continuer de simplifier et rationaliser la gestion du traitement antirétroviral afin de maîtriser la charge de travail et les coûts occasionnés. De surcroît, alors que le traitement antirétroviral demeure la pierre angulaire des programmes thérapeutiques, un ensemble plus complet de soins englobe aussi d'autres interventions essentielles, comme la prophylaxie au cotrimoxazole et le soutien social pour maximiser les résultats cliniques.

⑥ Développer les activités destinées à répondre à la double épidémie de tuberculose et VIH

Les programmes nationaux de lutte contre le sida et la tuberculose doivent accorder plus d'importance à l'adoption et l'application du cadre de collaboration de l'OMS pour les activités de lutte contre le VIH et la tuberculose, en particulier dans les services prenant en charge le VIH. De plus en plus de pays font état d'une collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH, mais la couverture et la disponibilité des interventions conjointes de prévention, de traitement et de soins demeurent insuffisantes, une situation qui ne changera que lorsque le traitement de la double épidémie deviendra une véritable priorité de santé publique.

Le dépistage des cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH s'est quelque peu intensifié, mais l'administration du traitement préventif à l'isoniazide est encore modeste. Les stratégies de lutte contre l'infection, par exemple la mise au point de plans de lutte antituberculeuse, l'identification rapide des patients qui toussent, le diagnostic rapide de la tuberculose et l'amélioration de l'aération des installations, méritent davantage d'attention. Des taux élevés de conseil et dépistage du VIH chez les patients tuberculeux sont nécessaires pour étendre l'accès des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose au traitement antirétroviral et à la prophylaxie au cotrimoxazole.

⑦ Élargir l'accès des femmes et des enfants à des services complets de prise en charge du VIH

Les progrès pour étendre l'accès des femmes et des enfants

à des programmes essentiels de prévention, de traitement et de soins, notamment les activités destinées à prévenir la transmission mère-enfant du VIH, ont été substantiels. Néanmoins, pour de nombreuses interventions, la plupart des pays sont encore loin de l'accès universel.

Il est inquiétant que parmi les femmes enceintes chez qui le VIH a été diagnostiqué lors d'une consultation dans les services de prévention de la transmission mère-enfant, seules un tiers d'entre elles fassent actuellement l'objet d'une évaluation pour déterminer si un traitement antirétroviral est indiqué pour leur propre santé et aussi pour diminuer le plus possible le risque de transmission du virus à leur nourrisson.

Il faut mieux surveiller les enfants nés de mères séropositives, y compris leur accès à la prophylaxie au cotrimoxazole et au dépistage virologique du VIH à six semaines, ainsi qu'au traitement antirétroviral.

De récentes données scientifiques montrent qu'en administrant un traitement antirétroviral aux femmes chez qui il est indiqué et en étendant la prophylaxie antirétrovirale chez les nourrissons, on obtient des avantages potentiels supplémentaires pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH pendant la période d'allaitement. Il y a lieu d'évaluer rapidement les conséquences de ces résultats sur les programmes afin de les répercuter dans la pratique.

Les pays doivent aussi continuer d'investir en faveur de mécanismes de suivi pour renforcer la continuité des interventions de soins et traitement pour les femmes et les enfants. Il est prioritaire d'établir des liens fonctionnels effectifs entre les programmes nationaux de prise en charge du VIH et les services de routine de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ainsi que les services de soins spécialisés. Mesurer et évaluer l'impact des programmes est tout aussi important pour démontrer les progrès et améliorer les programmes.

8 Renforcer, décentraliser et intégrer les programmes de prise en charge du VIH dans des systèmes de santé plus larges

Pour parvenir à un accès universel aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH, les systèmes de santé devront être capables d'assurer des interventions de qualité à une plus grande échelle. Ces prochaines années, l'un des défis que les pays devront surmonter sera d'exploiter et de renforcer les ressources et les systèmes pour supporter une telle croissance de la disponibilité des services.

L'élan imprimé en vue de parvenir à un accès universel représente une opportunité majeure de lever des fonds pour les programmes de VIH qui transformeront durablement et profondément les systèmes de santé. Les pays et leurs partenaires doivent saisir cette occasion et investir dans la construction et la consolidation des infrastructures humaines et physiques. Il faudra former et retenir davantage d'agents de santé, et réorganiser le travail des soignants en déléguant les tâches afin de

combler les déficits de main d'œuvre. De plus, les pays doivent tirer parti des activités destinées à renforcer la gestion de l'achat et de la distribution des antirétroviraux pour améliorer les systèmes plus larges de distribution des médicaments.

Enfin, l'accès universel passe par une intégration plus étroite des services de prise en charge de l'infection par le VIH avec les services liés, notamment de santé maternelle et infantile, de prise en charge des infections sexuellement transmissibles, de l'hépatite, de la tuberculose et de la dépendance aux drogues, et par la décentralisation de la prestation des services autour du VIH au niveau des soins de santé primaires.

9 Consolider les capacités d'information stratégique et investir dans de nouvelles recherches

Pour parvenir à l'accès universel, il est capital de continuer à recueillir, analyser et utiliser des données de qualité pour définir des politiques, des stratégies et des interventions à base factuelle, et en surveiller les effets. Les pays ont besoin d'être appuyés pour mettre en place et consolider des systèmes de production de données et améliorer leur qualité. Alors que les pays accélèrent leurs activités pour élargir la couverture des interventions clés, un solide programme de recherche opérationnelle est aussi déterminant pour produire des informations plus nombreuses et de meilleure qualité et améliorer les programmes au fur et à mesure de leur développement.

Ces deux dernières années, la communauté internationale a reconnu qu'il fallait poursuivre les recherches, notamment dans le domaine biologique, clinique et sociocomportemental, afin d'améliorer et d'adapter les politiques et les programmes en fonction des données scientifiques disponibles.

Les études initiales sur la prophylaxie pré-exposition ont montré des résultats encourageants pour réduire les taux de transmission du VIH. Des recherches plus approfondies sont cependant nécessaires pour identifier précisément les répercussions sur la prestation des services et les conséquences éthiques de l'administration de médicaments antirétroviraux à des personnes séronégatives dans des contextes à couverture limitée du traitement.

Il est urgent de préparer et de valider des technologies simplifiées de laboratoire pour le diagnostic et le suivi des patients, ainsi que de définir des associations à dose fixe plus efficaces à prendre une fois par jour pour les traitements de première et deuxième intention, afin d'élargir et de soutenir l'expansion du traitement antirétroviral, en particulier dans les zones rurales et chez les populations difficiles à atteindre. Des travaux complémentaires, notamment de recherche opérationnelle, sont aussi essentiels pour informer les décisions de santé publique sur l'initiation du traitement, l'opportunité de passer à un traitement de deuxième intention et les moyens d'améliorer la sécurité des patients et l'observance du traitement.

Annexe 1. Adultes et enfants (chiffres cumulés) suivant un traitement antirétroviral, 2007–2008

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral, 2006–2007 ^b	Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral, 2008 ^b	Mois et année du rapport	Augmentation mensuelle moyenne du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral l'an dernier ^c	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2008 ^b		
						Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Afghanistan	0	Déc. 07	0	Déc. 08	0	0	0	0
Afrique du Sud	428 951 ^d	Sept. 07	700 500 ^{de}	Déc. 08	16 070	701 000	611 000	790 000
Albanie	74	Déc. 07	110	Déc. 08	3	<200	<200	<200
Algérie	929	Oct. 07	1 111	Déc. 08	10	1 100	1 100	1 200
Angola	11 540 ^d	Déc. 07	13 000	Déc. 08	122	13 000	9 800	16 300
Argentine	38 242	Déc. 07	42 041	Déc. 08	317	42 000	39 900	44 100
Arménie	78	Déc. 07	100	Déc. 08	2	<200	<100	<200
Azerbaïdjan	81	Déc. 07	159	Déc. 08	7	<200	<200	<200
Bangladesh	178	Déc. 07	283	Déc. 08	9	<500	<500	<500
Bélarus	884	Déc. 07	1 249	Déc. 08	30	1 200	1 200	1 300
Belize	558	Déc. 07	630	Déc. 08	6	<1 000	<1 000	<1 000
Bénin	9 765	Déc. 07	12 078 ^d	Déc. 08	193	12 100	10 900	13 300
Bhoutan	18	Déc. 07	30	Déc. 08	1	<100	<100	<100
Bolivie (État plurinational de)	496	Déc. 07	659	Déc. 08	14	<1 000	<1 000	<1 000
Bosnie-Herzégovine	30	Déc. 07	33	Déc. 08	0	<100	<100	<100
Botswana	92 932 ^d	Déc. 07	117 045 ^d	Déc. 08	2 009	117 000	107 000	127 000
Brésil	181 000	Déc. 07	190 101	Déc. 08	758	190 000	181 000	200 000
Bulgarie	221	Déc. 07	251	Déc. 08	3	<500	<500	<500
Burkina Faso	15 888	Sept. 07	21 103	Déc. 08	347	21 100	13 600	15 100
Burundi	10 894	Déc. 07	14 343 ^d	Déc. 08	287	14 000	14 000	15 000
Cambodge	26 664	Déc. 07	31 999	Déc. 08	445	32 000	30 400	33 600
Cameroun	45 817	Déc. 07	59 960 ^d	Déc. 08	1 179	60 000	57 000	63 000
Cap-Vert	291	Déc. 07	360	Déc. 08	6	<500	<500	<500
Chili	10 223	Déc. 07	11 051 ^d	Déc. 08	69	11 100	9 900	12 200
Chine	35 112 ^d	Déc. 07	48 254	Déc. 08	1 095	48 300	45 800	50 700
Colombie	...		23 116 ^d	Déc. 08	274	23 100	17 200	29 000
Comores	7	Déc. 07	8	Déc. 08	0	<100	<100	<100
Congo	4 716	Sept. 07	9 400 ^d	Déc. 08	312	9 400	8 500	10 300
Costa Rica	2 952	Déc. 07	...		7	3 000	2 300	3 800
Côte d'Ivoire	38 221 ^f	Déc. 07	51 833	Déc. 08	1 134	52 000	49 000	54 000
Croatie	310	Juin 07	398	Déc. 08	5	<500	<500	<500
Cuba	3 123 ^f	Déc. 07	3 999	Déc. 08	73	4 000	3 800	4 200
Djibouti	705	Déc. 07	816	Déc. 08	9	<1 000	<1 000	1 000
Dominique	39	Déc. 07	...		1	<100	<100	<100
Égypte	209	Déc. 07	291	Déc. 08	7	<500	<500	<500
El Salvador	5 773	Déc. 07	7 104	Déc. 08	111	7 100	6 700	7 500
Équateur	3 214	Déc. 07	3 728	Déc. 08	43	3 700	3 500	3 900
Érythrée	1 301	Déc. 07	3 692	Déc. 08	199	3 700	3 300	4 100
Éthiopie	90 212	Déc. 07	132 379 ^d	Déc. 08	3 514	132 000	126 000	139 000
ex-République yougoslave de Macédoine	15	Déc. 07	23	Déc. 08	<1	<100	<100	<100
Fédération de Russie	31 094	Déc. 07	54 900	Déc. 08	1 984	55 000	52 000	58 000
Fidji	28	Déc. 07	39	Déc. 08	1	<100	<100	<100
Gabon	6 373	Déc. 07	7 773 ^d	Déc. 08	117	7 800	7 400	8 200
Gambie	423	Sept. 07	770	Déc. 08	23	<1 000	<1 000	<1 000
Géorgie	334	Nov. 07	498	Déc. 08	13	<500	<500	<1 000
Ghana	13 357	Déc. 07	21 541	Déc. 08	682	21 500	20 500	22 600
Grenade	47	Déc. 07	...		0	<100	<100	<100
Guatemala	7 812	Déc. 07	9 694	Déc. 08	157	9 700	8 700	10 700
Guinée	5 228	Sept. 07	9 212 ^d	Déc. 08	266	9 200	8 800	9 700
Guinée équatoriale	859	Sept. 07	839	Déc. 08	- 1	<1 000	<1 000	<1 000
Guinée-Bissau	890	Déc. 07	1 809 ^d	Déc. 08	77	1 800	1 700	1 900
Guyana	1 965	Déc. 07	2 473	Déc. 08	42	2 500	2 300	2 600

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral, 2006-2007 ^b	Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral, 2008 ^b	Mois et année du rapport	Augmentation mensuelle moyenne du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral l'an dernier ^c	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2008 ^b		
						Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Haïti	14 514	Déc. 07	19 287	Déc. 08	398	19 300	17 400	21 200
Honduras	5 580	Déc. 07	6 288	Déc. 08	59	6 300	5 700	6 900
Hongrie	452	Déc. 07	500	Déc. 08	4	<1 000	<500	<1 000
Îles Cook	...		1	Déc. 08	0	<100	<100	<100
Îles Marshall	1	Déc. 07	4	Déc. 08	<1	<100	<100	<100
Îles Salomon	3	Déc. 07	7	Déc. 08	<1	<100	<100	<100
Inde	158 020 ^d	Déc. 07	234 581 ^{d,g}	Déc. 08	6 380	235 000	211 000	259 000
Indonésie	...		10 616	Déc. 08	228	10 600	9 600	11 700
Iran (République islamique d')	829	Août 07	878	Sept. 08	4	<1 000	<1 000	<1 000
Iraq	0	Déc. 07	4	Déc. 08	<1	<100	<100	<100
Jamahiriya arabe libyenne	1 000	Déc. 07	...		23	1 300	<1 000	1 600
Jamaïque	3 637	Déc. 07	3 878 ^e	Déc. 08	20	3 900	2 900	4 800
Jordanie	53	Déc. 07	58	Déc. 08	<1	<100	<100	<100
Kazakhstan	442	Déc. 07	707	Déc. 08	22	<1 000	<1 000	<1 000
Kenya	177 000 ^d	Déc. 07	242 881 ^d	Déc. 08	5 490	243 000	229 000	257 000
Kirghizistan	87	Déc. 07	89	Déc. 08	6	<200	<200	<200
Kiribati	5	Déc. 07	6	Déc. 08	0	<100	<100	<100
Lesotho	21 710	Déc. 07	45 262	Déc. 08	1 963	45 300	43 000	47 500
Lettonie	323	Mai 07	334	Déc. 08	<1	<500	<500	<500
Liban	246	Déc. 07	611	Déc. 08	30	<1 000	<1 000	<1 000
Libéria	1 414	Déc. 07	...		47	2 000	1 500	2 500
Lituanie	98	Déc. 07	127	Déc. 08	2	<200	<200	<200
Madagascar	138	Déc. 07	162	Déc. 08	2	<200	<200	<500
Malaisie	6 950 ^f	Déc. 07	8 197	Déc. 08	104	8 200	6 100	10 200
Malawi	100 649 ^d	Déc. 07	146 657 ^d	Déc. 08	3 834	147 000	132 000	161 000
Maldives	...		2	Déc. 08	<1	<100	<100	<100
Mali	12 172	Nov. 07	17 098 ^d	Déc. 08	379	17 100	15 400	18 800
Maroc	1 648	Déc. 07	2 207	Déc. 08	47	2 200	2 000	2 400
Maurice	321	Déc. 07	...		7	<500	<500	<1 000
Mauritanie	839	Déc. 07	938 ^h	Déc. 08	8	<1 000	<1 000	1 200
Mexique	...		55 000 ^d	Déc. 08	654	55 000	52 000	58 000
Micronésie (États fédérés de)	1	Déc. 07	3	Déc. 08	<1	<100	<100	<100
Mongolie	3	Déc. 07	5	Déc. 08	<1	<100	<100	<100
Monténégro	...		25	Déc. 08	0	<100	<100	<100
Mozambique	85 822	Nov. 07	128 330	Déc. 08	3 270	128 000	122 000	135 000
Myanmar	11 100	Déc. 07	15 191	Déc. 08	341	15 200	13 700	16 700
Namibie	52 316	Déc. 07	59 376	Déc. 08	588	59 000	56 000	62 000
Nauru	...		0	Déc. 08	0	0	0	0
Népal	1 240	Sept. 07	2 536 ^d	Déc. 08	86	2 500	2 300	2 800
Nicaragua	522	Déc. 07	743	Déc. 08	18	<1 000	<1 000	<1 000
Niger	1 474	Oct. 07	2 846	Déc. 08	98	2 800	2 700	3 000
Nigéria	145 392 ^d	Sept. 07	238 659 ^d	Déc. 08	5 712	239 000	213 000	265 000
Nioué	...		0	Déc. 08	0	0	0	0
Oman	260	Déc. 07	412	Déc. 08	13	<500	<500	<500
Ouganda	111 232	Sept. 07	153 718	Sept. 08	3 541	164 000	156 000	173 000
Ouzbékistan	...		1 200	Déc. 08	39	1 200	<1 000	1 500
Pakistan	550	Déc. 07	907	Déc. 08	30	<1 000	<1 000	<1 000
Palaos	3	Déc. 07	3	Déc. 08	0	<100	<100	<100
Panama	3 994	Déc. 07	4 071	Déc. 08	6	4 100	3 700	4 500
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2 250	Déc. 07	5 195	Déc. 08	245	5 200	4 900	5 500
Paraguay	1 053	Nov. 07	1 613	Déc. 08	43	1 600	1 500	1 700
Pérou	10 860	Déc. 07	13 816	Déc. 08	246	13 800	13 100	14 500

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral, 2006-2007 ^b	Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral, 2008 ^b	Mois et année du rapport	Augmentation mensuelle moyenne du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral l'an dernier ^c	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2008 ^b		
						Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Philippines	336	Déc. 07	532	Déc. 08	16	<1 000	<500	<1 000
Pologne	3 382	Déc. 07	3 822	Déc. 08	37	3 800	3 600	4 000
République arabe syrienne	75	Déc. 07	...		1	<100	<100	<200
République centrafricaine	8 037	Sept. 07	9 550 ^d	Déc. 08	101	9 600	9 100	10 000
République de Moldavie	464	Déc. 07	682	Déc. 08	18	<1 000	<1 000	<1 000
République démocratique du Congo	...		24 523	Déc. 08	290	24 500	23 300	25 700
République démocratique populaire lao	700	Déc. 07	1 009	Déc. 08	26	1 000	<1 000	1 100
République dominicaine	8 199	Déc. 07	11 048	Déc. 08	237	11 000	10 500	11 600
République populaire démocratique de Corée	0	Déc. 06	0	Déc. 08	0	0	0	0
République-Unie de Tanzanie	135 696	Déc. 07	154 468	Déc. 08	1 564	154 000	147 000	162 000
Roumanie	6 500	Déc. 07	7 434	Déc. 08	78	7 400	7 100	7 800
Rwanda	48 569 ^d	Déc. 07	63 149	Déc. 08	1 257	63 000	60 000	66 000
Sainte-Lucie	72	Sept. 07	...		2	<200	<100	<200
Saint-Kitts-et-Nevis	39	Déc. 06	...		1	<100	<100	<100
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	74	Sept. 06	...		2	<200	<100	<200
Samoa	6	Déc. 07	8	Déc. 08	<1	<100	<100	<100
Sao Tomé-et-Principe	74	Déc. 07	109	Déc. 08	3	<200	<200	<200
Sénégal	6 699	Déc. 07	7 474 ^d	Déc. 08	65	7 500	6 700	8 200
Serbie	628	Mai 07	842	Déc. 08	12	<1 000	<1 000	<1 000
Seychelles	...		113	Déc. 08	1	<200	<100	<200
Sierra Leone	2 649	Déc. 07	4 656	Févr. 09	143	4 700	4 200	5 100
Slovaquie	98	Juin 07	97	Déc. 08	0	<100	<100	<200
Somalie	211	Déc. 07	413	Déc. 08	17	<500	<500	<1 000
Soudan	1 198	Déc. 07	2 317 ⁱ	Déc. 08	93	2 300	2 100	2 500
Sri Lanka	107	Déc. 07	146	Déc. 08	3	<200	<200	<200
Suriname	729	Déc. 07	...		10	<1 000	<1 000	1 100
Swaziland	24 535	Déc. 07	32 701 ^d	Déc. 08	681	32 700	31 100	34 300
Tadjikistan	86	Déc. 07	173	Déc. 08	7	<200	<200	<200
Tchad	7 400	Déc. 07	13 360 ^h	Oct. 08	596	14 600	10 900	18 200
Thaïlande	143 539 ^d	Sept. 07	179 557 ^d	Déc. 08	2 413	180 000	167 000	192 000
Timor-Leste	0	Déc. 07	29	Déc. 08	2	<100	<100	<100
Togo	7 980	Déc. 07	11 211	Déc. 08	269	11 200	10 700	11 800
Tonga	...		2	Déc. 08	<1	<100	<100	<100
Tunisie	...		346	Déc. 08	2	<500	<500	<500
Turkménistan	0	Janv. 06	...		0	0	0	0
Turquie	...		900	Déc. 08	9	<1 000	<1 000	1 100
Tuvalu	1	Déc. 07	1	Déc. 08	0	<100	<100	<100
Ukraine	7 657	Déc. 07	10 653	Déc. 08	250	10 700	10 100	11 200
Uruguay	1 776	Déc. 07	...		30	2 100	1 600	2 700
Vanuatu	2	Déc. 07	2	Déc. 08	0	<100	<100	<100
Venezuela (République bolivarienne du)	...		28 266	Déc. 08	357	28 300	21 200	35 300
Viet Nam	14 969	Sept. 07	27 059	Déc. 08	806	27 100	25 700	28 400
Yémen	107	Déc. 07	189	Déc. 08	7	<200	<200	<200
Zambie	151 199 ^d	Déc. 07	225 634 ^d	Déc. 08	6 203	226 000	212 000	239 000
Zimbabwe	97 692 ^d	Déc. 07	147 804 ^d	Déc. 08	4 176	148 000	137 000	159 000

Pays à revenu élevé	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral, 2005-2007	Mois et année du rapport ¹	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral, 2008	Mois et année du rapport
Allemagne	...		36 500	Déc. 08
Andorre	25 ^f	Déc. 07	...	
Antigua-et-Barbuda	148	Sept. 07	...	
Arabie saoudite	...		865	Déc. 08
Australie	9 933 ^f	Déc. 07	...	
Autriche	...		2 250	Déc. 08
Bahamas	1 244	Sept. 07	...	
Bahreïn	...		...	
Barbade	660	Juin 07	719	Déc. 08
Belgique	6 928	Déc. 07	...	
Brunei Darussalam	...		10	Déc. 08
Canada	...		27 000	Déc. 08
Chypre	151	Déc. 07	170	Déc. 08
Danemark	...		3 000	Déc. 08
Émirats arabes unis	59	Sept. 07	...	
Espagne	...		82 710	Déc. 08
Estonie	772	Déc. 07	1 004	Déc. 08
États-Unis d'Amérique	268 000	<05	...	
Finlande	450	Août 06	...	
France	...		79 680	Déc. 08
Grèce	3 746 ^f	Déc. 07	4 236	Déc. 08
Irlande	1 600	Déc. 05	...	
Islande	100	<05	...	
Israël	...		2 876	Déc. 08
Italie	...		95 000	Déc. 08
Japon	48	Déc. 06	...	
Koweït	...		...	
Luxembourg	...		344	Déc. 08
Malte	65	Juin 07	91	Déc. 08
Monaco	45	Déc. 05	...	
Norvège	900	Déc. 05	...	
Nouvelle-Zélande	...		...	
Pays-Bas	7 919	Avril 07	9 272	Déc. 08
Portugal	...		12 366	Déc. 08
Qatar	...		...	
République de Corée	...		...	
République tchèque	570	Juin 07	...	
Royaume-Uni	39 556 ^f	Déc. 07	...	
Saint-Marin	...		...	
Singapour	...		...	
Slovénie	157	Juill. 07	...	
Suède	2 800	Déc. 06	...	
Suisse	...		...	
Trinité-et-Tobago	2 592 ^f	Déc. 07	3 172	Déc. 08

... Données non disponibles ou sans objet

a Voir le classement des pays par revenu, niveau d'épidémie et région géographique de l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF.

b L'annexe 2 présente des données sur le traitement antirétroviral par âge et par sexe.

c L'augmentation mensuelle du nombre de personnes sous traitement antirétroviral est obtenu en prenant deux chiffres: le chiffre le plus récent déclaré en 2007 (le plus souvent décembre 2007) et le chiffre le plus récent en 2008 (le plus souvent décembre 2008).

d Les données relatives au secteur privé ont été incluses dans le total déclaré:

Pays	2007	2008
Afrique du Sud	100 000	130 500
Angola	300	...
Bénin	...	3 436
Botswana	9 514	21 994
Burundi	...	9 180
Cameroun	...	12 172
Chili	...	1 500
Chine	500	...
Colombie	...	1 000
Congo	...	1 162
Éthiopie	...	7 777
Gabon	...	582
Guinée	...	...
Guinée-Bissau	...	220
Inde	...	35 000
Kenya	5 000	5 000
Malawi	3 937	5 261
Mali	...	8 500
Mexique	...	2 500
Népal	...	88
Nigéria	30 000	7 580
République centrafricaine	...	...
Rwanda	500	...
Sénégal	...	215
Swaziland	...	2 250
Thaïlande	10 000	10 000
Zambie	2 000	6 058
Zimbabwe	10 000	10 000

Le chiffre de 2008 comprend 10 935 patients dans le secteur privé et 11 059 patients du secteur public qui sont pris en charge par le secteur privé

Les données du secteur privé ont été incluses dans le nombre total de patients sous traitement en 2008, mais une valeur numérique n'a pas été communiquée.

Le chiffre de 220 se réfère aux centres du secteur privé à but non lucratif (ONG). Ce nombre n'inclut pas les patients traités dans le secteur privé à but lucratif.

Le chiffre de 2008 a été communiqué, mais il n'a pas été possible d'obtenir d'estimation pour 2008. L'an dernier, on estimait que 30 000 patients avaient suivi un traitement dans le secteur privé.

Les données du secteur privé ont été incluses dans le nombre total de patients sous traitement en 2008, mais une valeur numérique n'a pas été communiquée.

e Le Département de la Santé a fait état d'un chiffre cumulé de 678 550 patients dans le secteur public en décembre 2008. L'OMS et l'ONUSIDA ont ajusté les chiffres du secteur public pour tenir compte de l'attrition. Une estimation pour le secteur public de 130 500 patients a été obtenue en réalisant une projection de l'estimation à la mi-2008 jusqu'en décembre 2008.

f Valeur 2007 mise à jour.

g Le Gouvernement a rapporté que 199 581 personnes suivaient un traitement antirétroviral dans 197 sites du secteur public en décembre 2008, dont 5422 personnes traitées dans dix sites d'organisations non gouvernementales et des centres de santé intersectoriels.

h Seules les données cumulatives ont été communiquées et ont donc été ajustées pour tenir compte de l'attrition.

i Deux rapports séparés ont été reçus pour le Soudan: Soudan septentrional, 1353; Sud Soudan, 964.

j '05' signifie que les 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.

Annexe 2. Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire par sexe et par âge, estimation du nombre d'enfants suivant un traitement antirétroviral et ayant besoin d'un traitement antirétroviral, et taux de couverture, 2008

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre déclaré d'hommes et de femmes suivant un traitement antirétroviral ^b					Nombre déclaré d'adultes et d'enfants suivant un traitement antirétroviral ^b					Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral en fonction des méthodes OMS/ONUSIDA, 2008 ^c				Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant, décembre 2008 ^d		
	Mois et année du rapport	Hommes	% du total	Femmes	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+ de 15 ans)	% du total	Enfants (< de 15 ans)	% du total	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	
Afghanistan	Déc 08	0		0		Déc 08	0		0		...		...		...		
Afrique du Sud	Sép 08 ^d	141 978	35%	268 160	65%	Déc 08	513 153	90%	57 228	10%	94 000	53 000	61%	45%	>95%		
Albanie		...		...		Déc 08	98	89%	12	11%	...		...		...		
Algérie	Déc 08	556	50%	555	50%	Déc 08	1 050	95%	61	5%	...	<100	...	11%	79%		
Angola	Déc 08 ^e	2 444	31%	5 440	69%	Oct 08 ^f	10 538	94%	702	6%	7 400	3 900	9%	6%	18%		
Argentine	Déc 08	26 791	64%	15 250	36%	Déc 08	40 041	95%	2 000	5%	...	<500	...	>95%	>95%		
Arménie	Déc 08	66	66%	34	34%	Déc 08	96	96%	4	4%	...	<100	...	27%	67%		
Azerbaïdjan	Déc 08	112	70%	47	30%	Déc 08	159	100%	0	0%	...	<100	...	0%	0%		
Bangladesh		...		...		Déc 08	277	98%	6	2%	... ^g	<100	...	13%	35%		
Bélarus	Déc 08	487	39%	762	61%	Déc 08	1 164	93%	85	7%	...		...				
Belize	Déc 08	308	49%	322	51%	Déc 08	566	90%	64	10%	...	<100	...	57%	80%		
Bénin	Déc 08	...		...		Déc 08 ^h	11 428	95%	650	5%	1 500	<1 000	44%	27%	94%		
Bhoutan	Déc 08	14	47%	16	53%	Déc 08	29	97%	1	3%	...	<100	...	13%	50%		
Bolivie (État plurinational de)	Déc 07	345	70%	151	30%	Déc 08	621	94%	38	6%	...	<100	...	14%	41%		
Bosnie-Herzégovine	Déc 08	24	73%	9	27%	Déc 08	32	97%	1	3%	...		...				
Botswana	Déc 08 ^e	36 384	38%	58 667	62%	Déc 08 ^h	109 954	94%	7 091	6%	7 900 ^g	4 900	90%	70%	>95%		
Brésil	Déc 07	109 057	60%	71 943	40%	Déc 08	183 683	97%	6 418	3%	...		...				
Bulgarie	Déc 08	167	67%	84	33%	Déc 08	248	99%	3	1%	...	<100	...	19%	50%		
Burkina Faso	Déc 08	6 334	33%	13 118	67%	Déc 08	20 075	95%	1 028	5%	4 100	2 100	25%	17%	48%		
Burundi	Déc 08 ^h	5 845	41%	8 498	59%	Déc 08 ^h	13 043	91%	1 300	9%	8 000	4 400	16%	12%	30%		
Cambodge	Déc 08	15 545	49%	16 454	51%	Déc 08	28 932	90%	3 067	10%	...	1 800	...	>95%	>95%		
Cameroon	Sép 08 ^{d,h}	17 569	33%	35 669	67%	Sép 08 ^h	53 238	96%	2 090	4%	18 000	10 000	11%	8%	20%		
Cap-Vert	Déc 07	125	43%	166	57%	Déc 08	331	92%	29	8%	...		...				
Chili	Déc 07	8 495	83%	1 728	17%	Déc 08 ^h	10 865	98%	186	2%	...	<200	...	70%	>95%		
Chine	Déc 08	27 145	58%	20 015	42%	Déc 08	47 134	98%	1 120	2%	...		...				
Colombie		...		...		Déc 07 ^{d,f}	...		3		... ^g	<1 000	...	<1%	<1%		

	Nombre déclaré d'hommes et de femmes suivant un traitement antirétroviral ^a					Nombre déclaré d'adultes et d'enfants suivant un traitement antirétroviral ^b					Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral en fonction des méthodes OMS/ONUSIDA, 2008 ^c				Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant, décembre 2008 ^d			
	Mois et année du rapport	Hommes	% du total	Femmes	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+ de 15 ans)	% du total	Enfants (< de 15 ans)	% du total	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute
Pays à revenu faible ou intermédiaire^e																		
Comores	Déc 08	5	63%	3	38%	Déc 08	7	88%	1	13%	...	<100	...	<100	20%	>95%	...	>95%
Congo	Déc 08	3 565	40%	5 347	60%	Déc 08 ^h	8 912	95%	488	5%	2 300	1 100	2 300	1 100	14%	44%	...	44%
Costa Rica		...		...		Déc 06 ^f	2 814	98%	52	2%	...	<100	...	<100	53%	>95%	...	>95%
Côte d'Ivoire	Déc 08	17 332	33%	34 501	67%	Déc 08	49 012	95%	2 821	5%	14 000	6 900	14 000	6 900	20%	41%	...	41%
Croatie	Déc 08	328	82%	70	18%	Déc 08	394	99%	4	1%	...		...					
Cuba	Déc 08 ^e	3 181	82%	713	18%	Déc 08	3 980	100%	19	0%	...	<100	...	<100	37%	>95%	...	>95%
Djibouti	Déc 08	382	47%	434	53%	Déc 08	792	97%	24	3%	<500	<200	<500	<200	7%	13%	...	13%
Dominique	Déc 07 ^e	9	24%	28	76%	Déc 07	37	95%	2	5%	...		...		...		...	
Égypte		...		...		Déc 08	268	92%	23	8%	...	<100	...	<100	13%	55%	...	55%
El Salvador	Déc 08	4 262	60%	2 842	40%	Déc 08	6 542	92%	562	8%	...	<100	...	<100	>95%	>95%	...	>95%
Équateur		...		...		Déc 08	3 699	99%	29	1%	...	<500	...	<500	5%	10%	...	10%
Érythrée		...		...		Déc 08	3 443	93%	249	7%	<1 000	<500	<1 000	<500	17%	54%	...	54%
Éthiopie	Déc 08 ^h	57 034	43%	75 345	57%	Déc 08 ^h	124 980	94%	7 399	6%	23 000 ^g	12 000	23 000	12 000	33%	61%	...	61%
ex-République yougoslave de Macédoine	Déc 08	17	74%	6	26%	Déc 08	22	96%	1	4%	...		...		...		...	
Fédération de Russie		...		...		Déc 08	52 902	96%	1 998	4%	...		...		...		...	
Fidji	Déc 08	18	46%	21	54%	Déc 08	39	100%	0	0%	...	<100	...	<100	0%	0%	...	0%
Gabon	Déc 08 ^h	3 498	45%	4 275	55%	Déc 08 ^h	7 556	97%	217	3%	<1 000	<500	<1 000	<500	16%	58%	...	58%
Gambie		...		...		Déc 08	461	60%	309	40%	...	<200	...	<200	44%	>95%	...	>95%
Géorgie	Déc 08	359	72%	137	28%	Déc 08	474	95%	24	5%	...	<100	...	<100	>95%	>95%	...	>95%
Ghana	Déc 08	6 834	32%	14 707	68%	Déc 08	20 712	96%	829	4%	5 900	2 600	5 900	2 600	9%	31%	...	31%
Grenade	Déc 07 ^e	24	53%	21	47%	Déc 07	45	96%	2	4%	...		...		...		...	
Guatemala		...		...		Déc 08	9 295	96%	399	4%	...	<1 000	...	<1 000	23%	54%	...	54%
Guinée	Déc 08 ^e	3 550	42%	4 902	58%	Déc 08 ^h	8 701	94%	511	6%	2 400	1 100	2 400	1 100	14%	47%	...	47%
Guinée équatoriale	Déc 08	235	28%	604	72%	Déc 08	825	98%	14	2%	<1 000	<500	<1 000	<500	2%	6%	...	6%
Guinée-Bissau	Déc 08	582	32%	1 227	68%	Déc 08	1 712	95%	97	5%	<1 000	<500	<1 000	<500	8%	26%	...	26%
Guyana	Déc 08	1 113	45%	1 360	55%	Déc 08	2 308	93%	165	7%	...	<100	...	<100	>95%	>95%	...	>95%
Haiti	Déc 08	8 068	42%	11 219	58%	Déc 08	17 999	93%	1 288	7%	3 600	2 500	3 600	2 500	27%	52%	...	52%
Honduras		...		...		Déc 08	5 628	90%	660	10%	...	<1 000	...	<1 000	63%	>95%	...	>95%

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre déclaré d'hommes et de femmes suivant un traitement antirétroviral ^b					Nombre déclaré d'adultes et d'enfants suivant un traitement antirétroviral ^b					Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral en fonction des méthodes OMS/ONUSIDA, 2008 ^c				Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant, décembre 2008 ^d		
	Mois et année du rapport	Hommes	% du total	Femmes	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+ de 15 ans)	% du total	Enfants (< de 15 ans)	% du total	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	
Hongrie	Déc 07	381	84%	71	16%	Déc 07 ^f	445	98%	7	2%	<100	<100	...	>95%	>95%	>95%	
Îles Cook	...	...	...	...	...	Déc 08	1	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...	
Îles Marshall	...	...	...	...	...	Déc 08	4	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...	
Îles Salomon	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Inde	Déc 08	118 479	61%	75 039	39%	Déc 08	180 307	93%	13 211	7%	16 000	16 000	...	29%	82%	82%	
Indonésie	Déc 08	7 934	75%	2 682	25%	Déc 08	10 260	97%	356	3%	<500	<500	...	24%	78%	78%	
Iran (République islamique d')	Sép 08	719	82%	159	18%	Sép 08	848	97%	30	3%	<500	<500	...	4%	11%	11%	
Iraq	Déc 08	4	100%	0	0%	Déc 08	4	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...	
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Jamaïque	...	...	...	...	...	Déc 08	3 478	90%	400	10%	<500	<500	...	94%	>95%	>95%	
Jordanie	Déc 08	44	76%	14	24%	Déc 08	56	97%	2	3%	...	...	...	...	...	...	
Kazakhstan	Déc 08 ^e	365	65%	196	35%	Déc 08	575	81%	132	19%	<100	<100	...	>95%	>95%	>95%	
Kenya	Sép 08 ^{af}	77 677	35%	141 975	65%	Déc 08	217 364	91%	20 517	9%	49 000	25 000	42%	29%	83%	83%	
Kirghizistan	Déc 08	72	81%	17	19%	Déc 08	52	58%	37	42%	<100	<100	...	28%	>95%	>95%	
Kiribati	...	...	...	...	...	Déc 08	6	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...	
Lesotho	Déc 08	15 418	34%	29 844	66%	Déc 08	42 224	93%	3 038	7%	7 300	4 300	42%	31%	70%	70%	
Lettonie	Déc 08	240	72%	94	28%	Déc 08	311	93%	23	7%	<100	<100	...	>95%	>95%	>95%	
Liban	Déc 07 ^f	192	78%	54	22%	Déc 07 ^f	237	96%	9	4%	<100	<100	...	28%	69%	69%	
Libéria	...	...	...	...	...	Sép 07 ^f	1 322	93%	92	7%	<1000	<1000	8%	5%	17%	17%	
Lituanie	Déc 08	103	81%	24	19%	Déc 08	126	99%	1	1%	<100	<100	...	50%	>95%	>95%	
Madagascar	...	...	...	...	...	Déc 08	158	98%	4	2%	<200	<200	...	0%	3%	3%	
Malaisie	...	...	...	...	...	Déc 08	7 696	94%	501	6%	<500	<500	...	55%	>95%	>95%	
Malawi	Sép 07 ^e	51 204	39%	79 284	61%	Déc 08	133 057	91%	13 600	9%	17 000	17 000	...	33%	84%	84%	
Maldives	Déc 08	2	100%	0	0%	Déc 08	2	100%	0	0%	<100	<100	...	0%	0%	0%	
Mali	Déc 08 ^e	4 211	34%	8 144	66%	Déc 08 ^h	15 715	92%	1 383	8%	<1000	<1000	...	41%	>95%	>95%	
Maroc	Déc 08	1 152	52%	1 055	48%	Déc 08	2 101	95%	106	5%	<100	<100	...	48%	>95%	>95%	
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	<100	<100	...	...	...	...	
Mauritanie	Déc 08 ^e	165	49%	174	51%	Déc 08 ^e	326	96%	13	4%	<100	<100	...	3%	14%	14%	

	Nombre déclaré d'hommes et de femmes suivant un traitement antirétroviral ^a					Nombre déclaré d'adultes et d'enfants suivant un traitement antirétroviral ^b					Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral en fonction des méthodes OMS/ONUSIDA, 2008 ^c				Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant, décembre 2008 ^d		
	Mois et année du rapport	Hommes	% du total	Femmes	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+ de 15 ans)	% du total	Enfants (< de 15 ans)	% du total	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	
Pays à revenu faible ou intermédiaire ^e																	
Mexique	Déc 08 ^h	42 574	77%	12 426	23%	Déc 08 ^h	53 644	98%	1 356	2%	1 300	1 300	38%	>95%	...	38%	>95%
Micronésie (États fédérés de)		...		...		Déc 08	3	100%	0	0%	...		...		...		
Mongolie	Déc 08	5	100%	0	0%	Déc 08	5	100%	0	0%	...	<100	...	0%	...	0%	0%
Monténégro	Déc 08	21	84%	4	16%	Déc 08	24	96%	1	4%	...		...		...		
Mozambique	Déc 08	48 397	38%	79 933	62%	Déc 08	118 937	93%	9 393	7%	45 000	24 000	21%	14%	21%	14%	40%
Myanmar	Déc 08	8 553	56%	6 638	44%	Déc 08	14 225	94%	966	6%	...	1 400	...	21%	...	21%	71%
Namibie	Sép 07 ^{af}	13 783	35%	25 939	65%	Déc 08	51 872	87%	7 504	13%	5 800	3 100	>95%	>95%	>95%	>95%	>95%
Nauru	Déc 08	0		0		Déc 08	0		0		...		...		...		
Népal	Déc 08	1 512	60%	1 024	40%	Déc 08	2 417	95%	119	5%	...	<500	...	10%	...	10%	26%
Nicaragua	Déc 08	491	66%	252	34%	Déc 08	675	91%	68	9%	...	<100	...	>95%	...	>95%	>95%
Niger	Déc 08	1 287	45%	1 559	55%	Déc 08	2 706	95%	140	5%	...	<1 000	...	4%	...	4%	16%
Nigeria	Sép 08 ^{af}	71 706	36%	126 356	64%	Déc 08	218 514	95%	12 565	5%	110 000	57 000	12%	8%	12%	8%	22%
Nioué		0		0		Déc 08	0		0		...		...		...		
Oman	Déc 08	262	64%	150	36%	Déc 08	382	93%	30	7%	<100	<100	...	>95%	...	>95%	>95%
Ouganda	Sép 08 ^e	47 400	36%	83 437	64%	Sép 08	140 305	91%	13 413	9%	42 000	23 000	32%	23%	32%	23%	59%
Ouzbékistan		...		...		Déc 07 ^{af}	...		225		...	<100	...	>95%	...	>95%	>95%
Pakistan	Déc 08	698	77%	209	23%	Déc 08	869	96%	38	4%	<1 000	<500	...	3%	...	3%	12%
Palaos	Déc 08	1	33%	2	67%	Déc 08	3	100%	0	0%	...		...		...		
Panama		...		...		Déc 08	3 804	93%	267	7%	<200	<100	...	90%	...	90%	>95%
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Déc 08 ^e	1 870	45%	2 291	55%	Déc 08	4 866	94%	329	6%	<1 000	<1 000	33%	22%	33%	22%	61%
Paraguay	Déc 08 ^e	1 022	69%	461	31%	Déc 08	1 483	92%	130	8%	<200	<100	...	67%	...	67%	>95%
Pérou	Déc 08 ^e	5 364	68%	2 479	32%	Déc 08	13 390	97%	426	3%	<500	<200	...	58%	...	58%	>95%
Philippines	Déc 08 ^e	372	77%	112	23%	Déc 08	521	98%	11	2%	<100	<100	...	8%	...	8%	31%
Pologne	Déc 08	2 730	71%	1 092	29%	Déc 08	3 705	97%	117	3%	<100	<100	...	>95%	...	>95%	>95%
République arabe syrienne	Déc 07	57	76%	18	24%	Déc 07	83	95%	4	5%	... ^g		...		...		
République centrafricaine	Déc 08 ^h	4 321	45%	5 229	55%	Déc 08 ^h	9 088	95%	462	5%	4 700	2 400	10%	7%	10%	7%	19%
République de Moldavie	Déc 08	442	65%	240	35%	Déc 08	651	95%	31	5%	... ^g		...		...		
République démocratique du Congo		...		...		Déc 08	20 470	83%	4 053	17%	16 000	9 900	25%	18%	25%	18%	41%

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre déclaré d'hommes et de femmes suivant un traitement antirétroviral ^b					Nombre déclaré d'adultes et d'enfants suivant un traitement antirétroviral ^b					Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral en fonction des méthodes OMS/ONUSIDA, 2008 ^c				Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant, décembre 2008 ^d			
	Mois et année du rapport	Hommes	% du total	Femmes	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+ de 15 ans)	% du total	Enfants (< de 15 ans)	% du total	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute
République démocratique populaire lao	Déc 08	556	55%	453	45%	Déc 08	937	93%	72	7%	<100	<100	...	>95%	53%	...	...	>95%
République dominicaine	Déc 07 ^e	3 661	49%	3 803	51%	Déc 08	10 266	93%	782	7%	...	...	...	...	...	...	...	...
République populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	<100	<100	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	Sép 08 ^{e1}	50 001	36%	88 567	64%	Déc 08	141 646	92%	12 822	8%	20 000	20 000	40 000	65%	20%	32%	20%	65%
Roumanie	Déc 08	3 783	51%	3 651	49%	Déc 08	7 218	97%	216	3%	<100	<100	<500	>95%	33%	...	33%	>95%
Rwanda	Déc 08	24 058	38%	39 091	62%	Déc 08	57 514	91%	5 635	9%	2 600	2 600	5 600	>95%	68%	>95%	68%	>95%
Sainte-Lucie	Sép 07	40	56%	32	44%	Sép 07	70	97%	2	3%	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Kitts-et-Nevis	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Samoa	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sao Tomé-et-Principe	Déc 08	42	39%	67	61%	Déc 08	104	95%	5	5%	...	...	...	...	...	...	...	...
Sénégal	Déc 08 ^h	3 133	42%	4 341	58%	Déc 08 ^h	6 888	92%	586	8%	<1000	<1000	...	68%	21%	...	21%	68%
Serbie	Déc 08	551	65%	291	35%	Déc 08	832	99%	10	1%	<100	<100	...	>95%	>95%	...	>95%	>95%
Seychelles	Déc 08	67	59%	46	41%	Déc 08	102	90%	11	10%	...	...	...	...	...	...	...	...
Sierra Leone	Nov 08 ^f	1542	37%	2 680	63%	Déc 08 ^f	3 985	94%	237	6%	<1000	<1000	1300	38%	11%	18%	11%	38%
Slovaquie	Déc 08	70	72%	27	28%	Déc 08	97	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	Déc 07 ^f	78	38%	125	62%	Déc 08	404	98%	9	2%	<500	<500	...	2%	1%	...	1%	2%
Soudan	Déc 08 ^{e1}	1 163	52%	1 064	48%	Déc 08 ^h	1 872	92%	153	8%	2 900	2 900	6 200	5%	1%	2%	1%	5%
Sri Lanka	Déc 08	78	53%	68	47%	Déc 08	139	95%	7	5%	<100	<100	...	64%	16%	...	16%	64%
Suriname	...	...	...	...	...	Déc 07	791	93%	58	7%	<100	<100	...	>95%	48%	...	48%	>95%
Swaziland	Déc 08 ^h	11 948	37%	20 753	63%	Déc 08 ^h	29 804	91%	2 897	9%	2 000	2 000	3 200	>95%	70%	89%	70%	>95%
Tadjikistan	Déc 08	112	65%	61	35%	Déc 08	169	98%	4	2%	...	...	...	...	...	...	...	...
Tchad	Déc 07 ^e	2 738	37%	4 662	63%	Déc 08 ^e	16 220	97%	480	3%	3 700	3 700	7 300	13%	4%	7%	4%	13%
Thaïlande	...	...	...	...	...	Déc 08	160 821	95%	8 736	5%	11 000	11 000	...	81%	52%	...	52%	81%
Timor-Leste	Déc 08	11	38%	18	62%	Déc 08	26	90%	3	10%	...	...	...	...	...	...	...	...
Togo	Déc 08	3 794	34%	7 417	66%	Déc 08	10 539	94%	672	6%	1 400	1 400	3 100	49%	14%	22%	14%	49%
Tonga	...	...	...	...	...	Déc 08	2	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...	...	...
Tunisie	Déc 08	222	64%	124	36%	Déc 08	336	97%	10	3%	<100	<100	...	>95%	38%	...	38%	>95%

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre déclaré d'hommes et de femmes suivant un traitement antirétroviral ^b				Nombre déclaré d'adultes et d'enfants suivant un traitement antirétroviral ^b				Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral en fonction des méthodes OMS/ONUSIDA, 2008 ^c				Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant, décembre 2008 ^d			
	Mois et année du rapport	Hommes	% du total	Femmes	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+ de 15 ans)	% du total	Enfants (< de 15 ans)	% du total	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute
Turkménistan	Jan 06	0		0		Jan 06	0		0		...		...			
Turquie		...		...		Déc 07 ^{e,f}	...		9		...		...			
Tuvalu		...		...		Déc 08	1	100%	0	0%	...		...			
Ukraine	Déc 08	5 474	51%	5 179	49%	Déc 08	9 397	88%	1 256	12%	...	<500	...	80%	>95%	
Uruguay		...		...		Déc 06 ^{e,f}	...		160		...		...			
Vanuatu		...		...		Déc 08	1	50%	1	50%	...		...			
Venezuela (République bolivarienne du)		...		...		Déc 06	...		611		...	<1 000	...	25%	84%	
Viet Nam	Sép 08 ^{e,f}	11 240	73%	4 083	27%	Déc 08	25 597	95%	1 462	5%	...	<1 000	...	58%	>95%	
Yémen	Déc 08	123	65%	66	35%	Déc 08	180	95%	9	5%	...		...			
Zambie	Déc 08 ^e	53 759	34%	105 510	66%	Déc 08	200 891	92%	18 040	8%	34 000	18 000	53%	38%	>95%	
Zimbabwe	Déc 08 ^e	49 701	37%	85 625	63%	Déc 08 ^e	123 141	90%	13 254	10%	37 000	22 000	36%	27%	60%	

... Données non disponibles ou sans objet

a Voir le classement des pays par revenu, niveau d'épidémie et région géographique de l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'OMS.

b N'inclut pas les données du secteur privé, sauf mention contraire. L'estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral dans le secteur privé figure à l'annexe 1, note d.

c L'estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral est fondée sur les notes explicatives des annexes et dans l'encadré 5.1. L'estimation pour les pays individuels peuvent varier selon les méthodes locales employées.

d L'estimation de la couverture est fondée sur l'estimation non arrondie du nombre d'enfants suivant un traitement antirétroviral et l'estimation non arrondie des besoins de traitement antirétroviral (selon les méthodes OMS/ONUSIDA). Les fourchettes dans l'estimation de la couverture sont fondées sur des "limites de plausibilité" dans le dénominateur : c'est-à-dire les estimations basse et haute des besoins. On donne des estimations de point et de marge pour les à épidémie généralisée, alors que pour les pays à épidémie concentrée ou de faible intensité, seules des marges sont données.

e Les plus récentes données ventilées portent sur des chiffres partiels ou cumulés et ne reflètent pas la situation au niveau national. Voir l'annexe 1 pour les données au niveau national.

f Les plus récentes 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.

g Les estimations du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral sont en cours de révision et seront ajustées, le cas échéant, en fonction du recueil et de l'analyse des données. Par conséquent, certains pays ont demandé à ne publier qu'une fourchette des besoins ou même à ne pas publier d'estimation.

h Les données ventilées incluent les chiffres du secteur privé.

i Deux rapports séparés ont été reçus pour le Soudan: le Soudan septentrional, total 1353 (786 hommes, 567 femmes; 138 enfants and 1013 adultes et 202 personnes dont on ignore l'âge); et

le Sud Soudan, total 964 (377 hommes, 497 femmes et 90 personnes dont le sexe n'a pas été précisé; 15 enfants et 859 adultes et 90 personnes dont le groupe d'âge est inconnu).

Annexe 3. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2008

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	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 OMS/ONUSIDA ^b			Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant ^c			Femmes enceintes testées pour le VIH		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 d'une mère vivant avec le VIH qui ont réalisé 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
Afghanistan	...	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Afrique du Sud	149 118	Janv. 08-Déc. 08	200 000	120 000	280 000	73%	53%	>95%	848 496	78%	119 395	59%	...	...
Albanie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Algérie	18	Janv. 08-Déc. 08	<500	<200	1 600	...	1%	9%	...	...	...	...	...	...
Angola	2 962	Janv. 08-Oct. 08	16 000	8 000	24 000	19%	12%	37%	162 598	21%	1 682	11%	...	...
Argentine	2 463	Janv. 08-Déc. 08	1 100	<1 000	1 800	...	>95%	>95%	598 123	87%	2 280	>95%	2 160	>95%
Arménie	6	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<100	...	9%	40%	40 067	85%	5	14%	4	11%
Azerbaïdjan	17	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<100	...	25%	>95%	172 153	>95%	14	37%	13	34%
Bangladesh	6 ^d	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<200	...	5%	15%	62 ^d	<1%	4	5%	4	5%
Bélarus	153	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	126 527	>95%	159	...	170	...
Belize	65	Janv. 08-Déc. 08	<200	<100	<500	...	20%	68%	6 558	88%	63	32%	9 ^f	5%
Bénin	1 447	Janv. 08-Déc. 08	3 600	1 700	5 500	40%	26%	86%	127 763	37%	1 314	36%	1 314	36%
Bhoutan	19	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<100	...	86%	>95%	2 244 ^g	15%	13	>95%	7	70%
Bolivie (État plurinational de)	35 ^h	Janv. 08-Déc. 08	<500	<200	<1 000	...	6%	21%	42 726	16%	28 ^f	8%	27	8%
Bosnie-Herzégovine	1	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	1 198 ^f	3%	...	...	...	...
Botswana	11 971	Janv. 08-Déc. 08	12 000	7 500	16 000	>95%	75%	>95%	41 311	87%	10 308	83%	7 485	60%
Brésil	6 844	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	2 381 280	77%	7 511	...	...	2 306
Bulgarie	1	Janv. 07-Déc. 07	<100	<100	<100	...	3%	9%	...	...	...	...	...	...
Burkina Faso	1 333	Janv. 08-Déc. 08	6 700	3 400	10 000	20%	13%	39%	161 455	22%	1 294 ⁱ	19%	462	7%
Burundi	1 488	Août 07-Sept. 08	16 000	7 200	24 000	9%	6%	21%	28 179	10%	1 299	8%	1 046	7%
Cambodge	777	Janv. 08-Déc. 08	1 400	<1 000	2 200	...	35%	>95%	103 768	29%	768	54%	203 ^f	14%
Cameroun	10 144	Janv. 08-Déc. 08	36 000	19 000	52 000	28%	20%	53%	276 177	39%	8 315	23%	8 315 ⁱ	23%
Cap-Vert	57	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	7 345	61%	54	...	54	...
Chili	203	Janv. 08-Déc. 08	<500	<200	<1 000	...	32%	>95%	126 097	50%	...	...	...	36%
Chine	980 ⁺	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	1 824 624 ^k	10%	1 105	...	650 ^g	...
Colombie	404	Janv. 08-Déc. 08	3 200	1 700	5 100	...	8%	24%	316 179	34%	472	15%	...	...
Comores	0	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<100	...	0%	0%	1 199	6%	0	0%	0	0%
Congo	438	Janv. 08-Déc. 08	4 300	2 200	6 300	10%	7%	20%	23 530	19%	360	8%	...	...
Costa Rica	21	Janv. 06-Déc. 06	<100	<100	<200	...	13%	50%	61 000 ^g	81%	40 ^g	43%	40 ^g	43%

	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu pour prévenir la transmission mère-enfant	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 OMS/ONUSIDA ^b			Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant ^c			Femmes enceintes testées pour le VIH		Nourissons nés d'une mère vivant avec le VIH qui ont reçu une prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourissons nés d'une mère vivant avec le VIH qui ont réalisé 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
Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a														
Côte d'Ivoire	9 296	Janv. 08-Déc. 08	22 000	11 000	34 000	41%	28%	83%	230 159	32%	4 743	4%	...	...
Croatie	2	Janv. 07-Déc. 07	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cuba	41	Janv. 07-Déc. 07	<100	<100	<200	...	34%	>95%	112 434 ^f	>95%	41 ^f	55%	1 ^f	1%
Djibouti	43	Janv. 08-Déc. 08	<1 000	<500	1 100	6%	4%	13%	8 118	34%	36	5%	93	13%
Dominique	1	Janv. 07-Déc. 07	...	...	...	...	...	...	1 224 ^g	...	2 ^g	...	...	...
Égypte	3	Janv. 08-Déc. 08	<500	<100	<500	...	1%	3%	1 750 ^f	<1%	2 ^f	...	...	5 ^f
El Salvador	189	Janv. 08-Déc. 08	<1 000	<500	<1 000	...	23%	69%	87 186	70%	155	29%	10	2%
Équateur	277	Janv. 08-Déc. 08	<1 000	<500	1 200	...	24%	81%	222 564	79%	274	39%	...	...
Érythrée	424	Janv. 08-Déc. 08	1 500	<1 000	2 600	29%	16%	59%	46 544	26%	424	29%	225	15%
Éthiopie	6 354	Janv. 08-Déc. 08	36 000	18 000	54 000	18%	12%	35%	292 238	9%	3 974	11%	895	2%
ex-République yougoslave de Macédoine	0	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	...	...	0	...	0	...
Fédération de Russie	8 367	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	1 468 091 ⁱ	95%	8 744	...	...	...
Fidji	3 ^m	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<100	...	17%	75%	9 041 ⁿ	51%	1	13%	2	25%
Gabon	634	Janv. 08-Déc. 08	1800	<1 000	2 900	35%	22%	70%	16 340	41%	282	15%	219	12%
Gambie	321	Janv. 08-Déc. 08	1 000	<1 000	1 800	...	18%	64%	26 434	43%	232	22%	393	38%
Géorgie	25	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<100	...	78%	>95%	58 769	>95%	19	>95%	19	>95%
Ghana	4 991	Janv. 08-Déc. 08	13 000	6 400	19 000	39%	26%	78%	257 466	34%	2 450	19%	...	...
Grenade	7	Janv. 07-Déc. 07	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	321	Janv. 08-Déc. 08	2 300	1 100	3 600	...	9%	29%	102 957	23%	159	7%	222	10%
Guinée	1 205	Janv. 08-Déc. 08	5 400	2 700	8 200	22%	15%	45%	38 586	10%	326	6%	869	16%
Guinée équatoriale	567	Janv. 08-Déc. 08	1 400	<1 000	2 300	40%	25%	76%	6 470	26%	...	...	...	...
Guinée-Bissau	305	Janv. 08-Déc. 08	1 600	<1 000	2 500	20%	12%	39%	8 235	13%	143	9%	...	0
Guyana	211	Janv. 08-Déc. 08	<200	<100	<500	...	85%	>95%	14 337	>95%	222	>95%	90 ^g	60%
Haïti	2 500 ^o	Janv. 08-Déc. 08	5 500	2 700	8 500	46%	29%	92%	143 878	53%	1 752 ^g	32%	448	8%
Honduras	300	Janv. 08-Déc. 08	<1 000	<500	1 100	...	27%	94%	108 509	54%	125	18%	...	229
Hongrie	1	Janv. 07-Déc. 07	<100	<100	<100	...	2%	8%	8 357	8%	...	...	...	...
Îles Cook	...		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Îles Marshall	...		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Îles Salomon	0	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	41	<1%	1	...	0	...
Inde	10 673	Janv. 08-Déc. 08	49 000	25 000	80 000	...	13%	42%	4 234 401	16%	10 577	22%	1 200 ^g	2%
Indonésie	165	Janv. 08-Déc. 08	2 300	1 100	3 800	...	4%	15%	5 335	<1%	165	7%	25 ^f	1%

	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant	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 OMS/ONUSIDA ^b			Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant			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 d'une mère vivant avec le VIH qui ont réalisé 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	Nombre déclaré	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture
Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Iran (République islamique d')	Sept. 07-Août 08	<1 000	<500	1 500	...	3%	10%	158 ^q	<1%	24	2%	20	2%	7	1%	...	...	...	...
	Iraq	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	1 550	<1%	0	...	0	...	...	...	...	...	...	...
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
	Jamaïque	Janv. 08-Déc. 08	<500	<200	<1 000	...	70%	>95%	28 659	55%	605	>95%	...	>95%	...	...	...	...	...	...
Jordanie	2	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	1	0%	1	0%	0	...	1	...	...	...	1	...
Kazakhstan	174	Janv. 08-Déc. 08	<200	<100	<200	...	>95%	>95%	359 158	>95%	181	>95%	148	>95%	181	>95%	...	>95%	181	>95%
Kenya	59 601	Janv. 08-Déc. 08	110 000	53 000	160 000	56%	37%	>95%	973 244	65%	41 253	39%	2 091	2%	...	...	...	...	...	...
Kirghizistan	15	Janv. 08-Déc. 08	<200	<100	<500	...	5%	19%	125 233	>95%	16	9%	27	15%	0	0%	...	...	0	0%
Kiribati	0	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	423	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Lesotho	8 056	Janv. 08-Déc. 08	14 000	8 600	19 000	57%	43%	94%	29 430	50%	6 861	49%	1 542	11%	...	...	...	...	...	...
Lettonie	37	Janv. 07-Déc. 07	<100	<100	<100	...	56%	>95%	14 152	61%	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Liban	...	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<100	...	...	...	...	...	1	3%	...	...	...	...	...	...	...	...
Libéria	381	Janv. 08-Déc. 08	2 700	1 300	4 100	14%	9%	29%	24 423	17%	235	9%	112 ^r	4%	4 ^r	<1%	...	...	...	<1%
Lituanie	11	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<100	...	>95%	>95%	28 614	91%	11	>95%	...	...	10	>95%	...	...	10	>95%
Madagascar	18	Janv. 08-Déc. 08	<1 000	0	2 000	...	1%	...	201 833	29%	11	1%	...	...	2 ^s	<1%	...	...	...	<1%
Malaisie	189	Janv. 08-Déc. 08	1 100	<500	1 900	...	10%	39%	410 332	75%	185	17%	...	...	185	17%	...	...	185	17%
Malawi	33 838 ^s	Janv. 08-Déc. 08	...	32 000	82 000	...	41%	>95%	405 694	68%	20 058	34%	21 841	37%	1 752	3%	...	...	1 752	3%
Maldives	0	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<100	...	0%	0%	3 267	57%	0	0%	0	0%	0	0%	...	>95%	0	0%
Mali	1 115	Janv. 08-Déc. 08	4 300	2 100	6 700	...	17%	54%	67 090	12%	766	18%	4 507	>95%	...	...	...	...	...	...
Maroc	56	Janv. 08-Déc. 08	<500	<200	<1 000	...	9%	33%	2 723	<1%	20	5%	19	5%	4	1%	...	...	4	1%
Maurice	19	Janv. 07-Déc. 07	<200	<100	<500	...	8%	37%	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	45	Janv. 08-Déc. 08	<500	<200	<1 000	...	5%	29%	6 371	6%	15	3%	18 ^t	4%	...	...	...	...	...	...
Mexique	458	Janv. 08-Déc. 08	5 700	2 900	8 500	...	5%	16%	757 863	37%	58	1%	...	...	...	...	...	...	...	...
Micronésie (États fédérés de)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mongolie	0	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<100	...	0%	0%	...	...	0	0%	0	0%	0	0%	...	...	0	0%
Monténégro	1	Janv. 07-Déc. 07	...	...	...	...	...	...	...	...	1 ^f	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	46 848	Janv. 08-Déc. 08	110 000	50 000	180 000	42%	26%	93%	523 009	60%	38 822	35%	...	...	...	...	...	...	...	...
Myanmar	1 377	Janv. 08-Déc. 08	5 200	2 100	10 000	...	14%	65%	178 722	18%	1 435	28%	265 ⁱ	5%	...	...	...	...	...	...
Namibie	7 474	Janv. 08-Déc. 08	8 200	4 400	12 000	91%	63%	>95%	52 625	90%	8 270 ^u	>95%	...	...	1 334	16%	...	...	...	16%
Nauru	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Népal	47	Janv. 08-Déc. 08	1400	<1 000	2 100	...	2%	6%	43 733	6%	58	4%	57	4%	...	...	...	...	...	...

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu pour prévenir la transmission mère-enfant	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 OMS/ONUSIDA ^b				Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant ^c				Femmes enceintes testées pour le VIH		Nourrissons nés d'une mère vivant avec le VIH qui ont reçu un prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons nés d'une mère vivant avec le VIH qui ont reçu un prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons nés d'une mère vivant avec le VIH qui ont réalisé 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	Nombre déclaré	Estimation de la couverture
Nicaragua	53	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<100	...	65%	>95%	55 340	40%	53	>95%	49	>95%	...	...	...	...
Niger	1 183	Janv. 08-Déc. 08	3 700	1 800	6 200	...	19%	67%	117 490	15%	201	5%	201	5%	...	...	...	...
Nigéria	19 804	Janv. 08-Déc. 08	210 000	110 000	300 000	10%	7%	18%	605 875	10%	13 883	7%	5 650	3%	...	...	...	...
Nioué	...		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Oman	4	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<100	...	11%	44%	...	...	4	21%	4	21%	4	21%	4	21%
Ouganda	41 598	Oct. 07-Sept. 08	82 000	44 000	120 000	50%	36%	95%	830 023	57%	13 914 ^f	17%	...	...	...	...	...	...
Ouzbékistan	95	Janv. 07-Déc. 07	<500	<200	<1 000	...	17%	74%	58 063 ^f	10%	120 ^f	40%	...	...	...	...	...	...
Pakistan	14	Janv. 08-Déc. 08	1 800	<1 000	3 700	...	<1%	2%	6 926	<1%	11	1%	1	0%	...	...	...	...
Palaos	...		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Panama	71 ^v	Janv. 07-Déc. 07	<500	<100	<1 000	...	13%	>95%	...	...	154 ^w	70%	62 ^w	28%	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	257	Janv. 08-Déc. 08	1 900	<1 000	2 900	13%	9%	28%	44 580	22%	99	5%	99	5%	99	5%	0	0%
Paraguay	156	Janv. 08-Déc. 08	<500	<200	<1 000	...	29%	>95%	55 266	36%	121	38%	121	38%	121	38%	2	1%
Pérou	477	Janv. 08-Déc. 08	<1 000	<500	1 600	...	29%	>95%	425 480	70%	402	44%	...	...	...	...	...	...
Philippines	1	Janv. 08-Déc. 08	<200	<100	<500	...	<1%	1%	1736	<1%	1	1%	1	1%	...	...	...	...
Pologne	70	Janv. 08-Déc. 08	<200	<100	<500	...	25%	>95%	...	...	69	44%	...	...	...	...	69	44%
République arabe syrienne	0	Janv. 07-Déc. 07	...	...	...	...	...	...	4 ^f	0%	...	...	...	...	...	...	...	...
République centrafricaine	1 936	Janv. 08-Déc. 08	8 300	4 400	12 000	23%	16%	44%	22 073	14%	1 167	14%	741	9%	741	9%	124	1%
République de Moldavie	129	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	44 150	>95%	123	>95%	28	...	28	...	74	...
République démocratique du Congo	1 776	Janv. 08-Déc. 08	32 000	17 000	48 000	5%	4%	10%	236 919	8%	1 790	6%	83 ^x	0%	...	...	...	...
République démocratique populaire lao	21	Janv. 08-Déc. 08	<200	<100	<500	...	8%	28%	1 171 ^y	1%	18	11%	17	10%	...	...	...	...
République dominicaine	1 034	Janv. 08-Déc. 08	1 900	<1 000	2 800	...	37%	>95%	114 001	51%	1 172	63%	...	...	...	391	21%	...
République populaire démocratique de Corée	...		<100	<100	<100	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	70 944	Janv. 08-Déc. 08	...	40 000	130 000	...	53%	>95%	919 377	52%	41 347	48%	...	...	...	...	...	...
Roumanie	109	Janv. 08-Déc. 08	<200	<100	<500	...	32%	>95%	100 168	47%	161	88%	3	2%	3	2%	...	...
Rwanda	7 197	Janv. 08-Déc. 08	10 000	5 000	16 000	72%	45%	>95%	294 704	73%	5 686	57%	5 347	53%	5 347	53%	2 790	28%
Sainte-Lucie	11	Janv. 07-Déc. 07	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Kitts-et-Nevis	...		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	...		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Samoa	...		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sao Tomé-et-Principe	22	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	6 281	>95%	11	...	11	...	11	...	...	...
Sénégal	473	Janv. 08-Déc. 08	3 600	1 600	5 600	...	8%	29%	111 210	24%	299	8%	...	...	...	...	...	...

Pays à revenu faible ou intermédiaire ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu pour prévenir la transmission mère-enfant	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 OMS/ONUSIDA ^b			Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant ^c			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 d'une mère vivant avec le VIH qui ont réalisé 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
Serbie	2	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<100	...	3%	12%	5 665	5%	1	3%	1	3%	1	3%
Seychelles	2	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	1 748	...	3	...	3	...	...	...
Sierra Leone	1 018	Janv. 08-Déc. 08	3 300	1 700	5 000	31%	20%	60%	9 122	41%	518	16%	363	11%	0	0%
Slovaquie	0	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	6	Janv. 08-Déc. 08	1 900	<1 000	3 100	...	<1%	1%	1 131	<1%	6	<1%	0	0%	...	...
Soudan	68 ^z	2007-2008	12 000	5 800	20 000	1%	<1%	1%	9 192 [†]	1%	21	...	14 ^{..}	<1%	...	...
Sri Lanka	5	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<200	...	5%	22%	12 239	3%	6	11%	5	9%	0	0%
Suriname	35	Janv. 06-Déc. 06	<100	<100	<200	...	22%	>95%	7 156 ^z	73%	...	...	...	...	...	...
Swaziland	10 811 ^{...}	Janv. 08-Déc. 08	9 700	6 000	12 000	>95%	87%	>95%	27 313 [†]	78%	8 469 ^z	87%	8 238	85%	2 925	30%
Tadjikistan	21	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	40 171	21%	16	...	1 [†]	...	1 [†]	...
Tchad	722	Janv. 08-Déc. 08	15 000	7 700	23 000	5%	3%	9%	10 967	2%	454	3%	63 ^z	<1%	...	...
Thaïlande	5 769	Oct. 07-Sept. 08	9 000	2 700	17 000	...	33%	>95%	797 047	82%	5 872	65%	...	...	...	...
Timor-Leste	1	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	71	<1%	1	...	...	...	...	...
Togo	1 127	Janv. 08-Déc. 08	6 300	3 100	9 800	18%	12%	37%	30 709	14%	1 162	19%	737	12%	...	...
Tonga	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tunisie	1	Janv. 08-Déc. 08	<100	<100	<100	...	2%	7%	...	...	1	3%	...	...	...	...
Turkmenistan	0	Janv. 06-Déc. 06	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Turquie	4	Janv. 06-Déc. 06	...	...	...	...	...	<1%	2 070 ^z	<1%	4 ^z	...	...	...	...	...
Tuvalu	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ukraine	3 368	Janv. 08-Déc. 08	2 600	1 200	4 100	...	82%	>95%	552 250	>95%	3 683	>95%	2 817	>95%	1 473	57%
Uruguay	53	Janv. 06-Déc. 06	...	...	...	...	...	...	5 852	12%	68 ^z	...	70 ^z	...	70 ^z	...
Vanuatu	...	...	...	...	...	...	...	...	1 499 [#]	21%	0	...	...	...	...	...
Venezuela (République bolivarienne du)	310	Janv. 06-Déc. 06	2 400	1 200	4 100	...	8%	27%	...	...	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	1 354	Janv. 08-Déc. 08	3 300	1 600	5 100	...	27%	87%	351 625	24%	908	28%	...	...	...	...
Yémen	3	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	0	0%	2	...	1	...	0	...
Zambie	41 286	Janv. 08-Déc. 08	70 000	38 000	96 000	59%	43%	>95%	364 331	67%	24 026	34%	19 040	27%	19 044	27%
Zimbabwe	18 756	Janv. 08-Déc. 08	53 000	29 000	73 000	36%	26%	64%	130 240	34%	13 575	26%	9 816	19%	...	...

a Voir le classement des pays par revenu, niveau d'épidémie et région géographique de l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'OMS.

b L'estimation des besoins est fondée sur les méthodes décrites dans les notes explicatives des annexes et à l'encadré 5.1. L'estimation pour des pays individuels peut varier selon les méthodes locales employées.

c L'estimation de la couverture est fondée sur le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui prennent des antirétroviraux et l'estimation non arrondie du besoin d'antirétroviraux (selon les méthodes OMS/ONUSIDA). Les fourchettes dans l'estimation de la couverture sont fondées sur les "limites de plausibilité" dans le dénominateur. C'est-à-dire les estimation basse et haute des besoins. Pour les pays à épidémie généralisée, on donne des estimations de point et des marges, alors que pour les pays à épidémie concentrée ou peu étendue, seules des marges sont données.

d Les données proviennent du Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques, site pilote de prévention de la transmission parent-enfant au Bangladesh.

e L'estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant est en cours de révision et sera ajustée, selon que de besoin, en fonction du recueil et de l'analyse des données. Par conséquent, certains pays ont demandé de publier une fourchette des besoins ou même de ne publier aucune estimation.

- f Les données déclarées les plus récentes concernant décembre 2007.
- g Les données les plus récentes concernant décembre 2006.
- h Les données correspondent aux femmes diagnostiquées dans les Centros Departamentales de Vigilancia y Referencia de ITS.
- i Les données rapportées sont incomplètes.
- j La prophylaxie au cotrimoxazole est prescrite aux mères après l'accouchement avec instruction de l'administrer quand le bébé sera âgé de deux mois.
- k Les données sont recueillies dans 332 comtés prioritaires sur un total de 2860.
- l La Fédération de Russie a déclaré que 4 827 215 femmes enceintes étaient testées pour le VIH. Comme le nombre de femmes enceintes testées reflète probablement une double ou triple comptabilisation, on a utilisé 95% de l'estimation du nombre des naissances dans la Fédération de Russie (1 545 359) comme valeur de reconstitution, chiffre qui représente le plus probablement le nombre total de tests réalisés chez les femmes enceintes.
- m Les données proviennent des trois dispensaires de soins prénatals basés dans les trois hôpitaux du niveau tertiaire (janvier 2008-décembre 2008)
- n Les données sont fondées sur le nombre total de femmes ayant consulté au Colonial War Memorial Hospital, au Laritoka Hospital et au Labasa Hospital et qui ont réalisé leur test du VIH entre janvier 2008 et décembre 2008.
- o Les données rapportées concernent la période janvier 2007-novembre 2007.
- p Les données proviennent du Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida et de la Fondation Sogebank/Fonds mondial (janvier 2008-décembre 2008).
- q Les données déclarées les plus récentes concernant août 2007.
- r Les données déclarées les plus récentes concernant septembre 2007.
- s Le système de notification 2008 pour les services de prévention de la transmission mère-enfant n'a pas rendu compte de la prophylaxie par association d'antirétroviraux. Néanmoins, grâce à l'analyse 2008 de la situation nationale en matière de VIH, des données sur les associations thérapeutiques ont été recueillies dans cinq centres de santé.
- t Les données ne sont pas disponibles en raison d'un manque de données ventilées par âge; cependant, la prophylaxie au cotrimoxazole est systématiquement prescrite aux nourrissons exposés au VIH.
- u Le nombre de nourrissons ayant reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant est légèrement plus élevé que le nombre de femmes ayant reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant car certaines femmes qui accouchent à la maison amènent leur enfant dans les centres dans les 72 heures suivant la naissance et reçoivent une dose d'antirétroviral.
- v Les données pour le Panama ont été notifiées de janvier 2007 à septembre 2007. On a procédé à une projection sur une période de 12 mois à l'aide de la valeur mensuelle de l'accroissement. La valeur rapportée était 53.
- w Les données concernent trois des quatre dispensaires de soins pédiatriques.
- x Cette stratégie en est aux premiers stades de la mise en œuvre, et certains sites ne recueillent pas encore de données utiles.
- y Les données proviennent d'une enquête auprès de femmes enceintes dans trois hôpitaux à Ventiane, entre novembre 2007 et mars 2008.
- z Deux rapports séparés ont été reçus pour le Soudan: le Soudan septentrional a déclaré 68 pour la période entre 2007 et 2008; le Sud Soudan n'a pas été en mesure de rapporter des données sur le nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, car le programme de prévention de la transmission mère-enfant vient de commencer à être mis en œuvre. Néanmoins, le Sud Soudan a déclaré que 21 femmes suivaient un traitement antirétroviral pour leur propre santé, mais ce chiffre n'est pas inclus dans le total.
- * Deux rapports séparés ont été reçus pour le Soudan: le Soudan septentrional a déclaré 9 122 pour la période entre 2007 et 2008, et le Sud Soudan a déclaré 70 pour la période janvier-décembre 2008, ce qui donne un total de 9 192.
- ** Les données disponibles les plus récentes proviennent de: OMS/ONU SIDA/UNICEF. Vers un accès universel. Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2008.
- *** Les données peuvent inclure une double comptabilisation. Si la numération des CD4 d'une femme devient inférieure au seuil normal (350 par mm²), elle commence un traitement antirétroviral, ce qui signifie qu'elle sera comptabilisée deux fois.
- † Le test du VIH pendant le travail et l'accouchement est pratiqué sur les femmes dont on ignore le statut sérologique, mais il est mélangé avec les tests réalisés sur des femmes qui ont déjà fait un dépistage plus tôt dans leur grossesse.
- ‡ Il est possible que la valeur rapportée soit sous-estimée en raison d'une proportion de femmes qui accouchent à la maison et qui ont reçu dans les consultations prénatales une prophylaxie antirétrovirale à prendre à domicile.
- # Les données ont été recueillies au Northern District Hospital, au Vila Central Hospital, au Leneakel Hospital, au Lolowai Hospital et au Norsup Hospital.

Annexe 4. Estimation du nombre de personnes [tous âges confondus] et d'enfants de moins de 15 ans 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, 2008

	Nombre de personnes (tous âges confondus) suivant un traitement antirétroviral, décembre 2008 [fourchette]	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, décembre 2008 [fourchette] ^a	Couverture du traitement antirétroviral, décembre 2008 [fourchette] ^b	Nombre d'enfants de moins de 15 ans suivant un traitement antirétroviral, décembre 2008	Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2008 [fourchette] ^c	Couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant, décembre 2008 [fourchette] ^b	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, 2008	Estimation du nombre de femmes enceintes avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, 2008 [fourchette] ^a	Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, 2008 [fourchette] ^b
Régions de l'OMS									
Région de l'Afrique	2 924 000 [2 690 000-3 160 000]	6 700 000 [6 100 000-7 100 000]	44% [41-48%]	224 900	640 000 [500 000-770 000]	35% [29-45%]	576 800	1280 000 [990 000-1 600 000]	45% [37-58%]
Région des Amériques	445 000 [405 000-485 000]	820 000 [750 000-870 000]	54% [51-60%]	16 000	21 000 [18 000-25 000]	76% [65-91%]	17 100	32 000 [24 000-41 000]	54% [42-71%]
Région de la Méditerranée orientale	10 800 [9 400-12 200]	100 000 [82 000-120 000]	11% [9-13%]	<500	8 900 [5 300-14 000]	5% [3-8%]	<500	18 000 [11 000-28 000]	1% [1-2%]
Région de l'Europe	85 500 [80 500-90 500]	370 000 [310 000-450 000]	23% [19-27%]	4 200	4 900 [2 700-7 500]	83% [56 - >95%]	12 600	13 400 [8 100-20 000]	94% [64 - >95%]
Région de l'Asie du Sud-Est	443 000 [403 000-483 000]	1 100 000 [900 000-1 300 000]	40% [33-49%]	23 400	47 000 [32 000-65 000]	49% [35-72%]	18 100	65 000 [38 000-100 000]	28% [18-47%]
Région du Pacifique occidental	122 000 [114 000-130 000]	400 000 [190 000-580 000]	31% [21-64%]	6 600	9 500 [5 600-14 000]	70% [49 - >95%]	3 600	15 600 [7 400-26 000]	23% [14-48%]
Tous les pays à revenu faible ou intermédiaire	4 030 000 [3 700 000-4 360 000]	9 500 000 [8 600 000-10 000 000]	42% [40-47%]	275 700	730 000 [580 000-880 000]	38% [31-47%]	628 400	1 400 000 [1 100 000-1 700 000]	45% [37-57%]
Régions de l'UNICEF									
Afrique ^e	2 930 000 [2 690 000-3 170 000]	6 800 000 [6 200 000-7 100 000]	43% [41-48%]	225 300	650 000 [510 000-780 000]	35% [29-44%]	577 000	1 290 000 [1 000 000-1 600 000]	45% [37-57%]
Afrique subsaharienne ^d	2 926 000 [2 680 000-3 170 000]	6 800 000 [6 200 000-7 200 000]	43% [41-48%]	225 100	650 000 [510 000-780 000]	35% [29-44%]	576 900	1 300 000 [1 000 000-1 600 000]	45% [37-57%]
Afrique orientale et australe	2 393 000 [2 200 000-2 590 000]	4 900 000 [4 500 000-5 300 000]	48% [45-53%]	195 100	440 000 [340 000-540 000]	44% [36-57%]	516 400	900 000 [680 000-1 100 000]	58% [47-69%]
Afrique centrale et de l'Ouest	530 000 [484 000-576 000]	1 800 000 [1 500 000-1 900 000]	30% [28-35%]	29 800	200 000 [140 000-260 000]	15% [11-22%]	60 300	380 000 [260 000-510 000]	16% [12-23%]
Afrique du Nord et Moyen-Orient	10 600 [9 300-11 900]	92 000 [73 000-120 000]	12% [9-14%]	<500	7 600 [4 100-12 000]	6% [4-11%]	<500	15 000 [8 300-24 000]	2% [1-3%]
Amérique latine et Caraïbes	445 000 [405 000-485 000]	820 000 [750 000-870 000]	54% [51-60%]	16 100	21 000 [18 000-25 000]	76% [65-91%]	17 100	32 000 [24 000-41 000]	54% [42-71%]
Asie	566 000 [519 000-613 000]	1 500 000 [1 200 000-1 800 000]	37% [31-48%]	30 000	57 000 [41 000-77 000]	53% [39-74%]	21 700	82 000 [52 000-120 000]	26% [17-42%]
Asie de l'Est et Pacifique	328 000 [305 000-351 000]	750 000 [500 000-960 000]	44% [34-66%]	16 600	26 000 [20 000-34 000]	65% [49-82%]	10 900	30 000 [18 000-46 000]	37% [23-61%]
Asie du Sud	238 000 [214 000-263 000]	760 000 [610 000-960 000]	31% [25-39%]	13 400	31 000 [18 000-48 000]	43% [28-76%]	10 800	52 000 [28 000-86 000]	21% [13-38%]
Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	80 500 [76 000-85 000]	360 000 [300 000-430 000]	23% [19-27%]	4 100	4 900 [2 700-7 500]	82% [54 - >95%]	12 500	13 200 [7 900-19 000]	95% [65 - >95%]
Tous les pays à revenu faible ou intermédiaire	4 025 000 [3 695 000-4 355 000]	9 500 000 [8 600 000-10 000 000]	42% [40-47%]	275 500	730 000 [580 000-880 000]	38% [31-47%]	628 300	1 400 000 [1 100 000-1 700 000]	45% [37-57%]

Note: les chiffres ayant été arrondis, le total pour certains groupes de pays ne correspond pas nécessairement à la somme des chiffres partiels.

a Pour une explication des méthodes utilisées, voir les notes explicatives pour les annexes.

b L'estimation de la couverture est fondée sur l'estimation non arrondie 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.

c L'Afrique comprend tous les pays de la région de l'Afrique orientale et australe, tous les pays de l'Afrique centrale et de l'Ouest et les pays suivant de la région de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient: Algérie, Djibouti, Égypte, Jamahiriya arabe libyenne, Maroc, Soudan et Tunisie.

d L'UNICEF inclut les valeurs de Djibouti et du Soudan dans le total pour l'Afrique subsaharienne; cependant les valeurs pour ces pays sont exclues des sous-régions en Afrique.

e 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'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS

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	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	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 and 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 and 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 (État plurinational de)	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine and 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 and 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 and the Pacific	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 and 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 and the Pacific	Région du Pacifique occidental
Colombie	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine and 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 and 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

Pays	Classement économique	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Cuba	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine and Caraïbes	Région des Amériques
Djiboutia	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Région de la Méditerranée orientale
Dominique	Revenu moyen supérieur		Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine and Caraïbes	Région des Amériques
Égypte	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Région de la Méditerranée orientale
El Salvador	Revenu moyen inférieur	Concrite	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine and Caraïbes	Région des Amériques
Équateur	Revenu moyen inférieur	Concrite	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine and 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	Concrite	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 and the Pacific	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	Concrite	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 and Caraïbes	Région des Amériques
Guatemala	Revenu moyen inférieur	Concrite	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine and Caraïbes	Région des Amériques
Guinée	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
Guinée-Bissau	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Guyana	Revenu moyen inférieur	Concrite	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine and Caraïbes	Région des Amériques
Haiti	Faible revenu	Généralisée	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine and Caraïbes	Région des Amériques
Honduras	Revenu moyen inférieur	Concrite	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine and 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 and the Pacific	Région du Pacifique occidental
Îles Marshall	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est and the Pacific	Région du Pacifique occidental
Îles Salomon	Faible revenu		Océanie	Océanie	Asie de l'Est and the Pacific	Région du Pacifique occidental
Inde	Faible revenu	Concrite	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	Concrite	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est and the Pacific	Région de l'Asie du Sud-Est
Iran (République islamique d')	Revenu moyen inférieur	Concrite	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Région de la Méditerranée orientale
Iraq	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Région de la Méditerranée orientale
Jamahiriya arabe libyenne	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Région de la Méditerranée orientale
Jamaïque	Revenu moyen inférieur	Concrite	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine and Caraïbes	Région des Amériques
Jordanie	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	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
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	Concentrée	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 and the Pacific	Région du Pacifique occidental
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	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	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 and the Pacific	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	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	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 and Caraïbes	Région des Amériques
Micronésie (États fédérés de)	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est and the Pacific	Région du Pacifique occidental
Mongolie	Faible revenu	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est	Asie de l'Est and the Pacific	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 and the Pacific	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 membres de la Banque mondiale		Océanie	Océanie	Asie de l'Est and the Pacific	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 and 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 and the Pacific	Région du Pacifique occidental
Oman	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	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

Pays	Classement économique	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Pakistan	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 la Méditerranée orientale
Palao	Revenu moyen supérieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est and the Pacific	Région du Pacifique occidental
Panama	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine and Caraïbes	Région des Amériques
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Faible revenu	Généralisée	Océanie	Océanie	Asie de l'Est and the Pacific	Région du Pacifique occidental
Paraguay	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine and Caraïbes	Région des Amériques
Pérou	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine and 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 and the Pacific	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	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	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 de Moldavie	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
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 and the Pacific	Région du Pacifique occidental
République dominicaine	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine and Caraïbes	Région des Amériques
République populaire 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 and the Pacific	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 and Caraïbes	Région des Amériques
Saint-Kitts-et-Nevis	Revenu moyen supérieur		Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine and Caraïbes	Région des Amériques
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	Revenu moyen supérieur		Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine and Caraïbes	Région des Amériques
Samoa	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est and the Pacific	Région du Pacifique occidental
Sao Tomé-et-Principe	Faible revenu	Peu étendue	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	Peu étendue	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	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	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 and 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

Pays	Classement économique	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
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 and the Pacific	Région de l'Asie du Sud-Est
Timor-Leste	Faible revenu	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est and the Pacific	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 and the Pacific	Région du Pacifique occidental
Tunisie	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	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
Turquie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	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 and the Pacific	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 and Caraïbes	Région des Amériques
Vanuatu	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est and the Pacific	Région du Pacifique occidental
Venezuela (République bolivarienne du)	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique latine	Amérique latine and 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 and the Pacific	Région du Pacifique occidental
Yémen	Faible revenu	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	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'OMS classe Djibouti dans la région de la Méditerranée orientale. L'UNICEF classe Djibouti aussi bien dans la région de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient que de l'Afrique subsaharienne.

b Aux fins de l'analyse dans l'ensemble du rapport, les valeurs pour le Soudan ont été incluses dans la région de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient, sur la base du classement adopté par l'ONUSIDA, alors que l'UNICEF classe le Soudan aussi bien dans la région de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient que de l'Afrique subsaharienne.

LISTE D'INDICATEURS DANS LE QUESTIONNAIRE ANNUEL OMS, UNICEF ET ONUSIDA DE SUIVI DE LA RIPOSTE DU SECTEUR DE LA SANTÉ AU VIH/SIDA, 2009

Informations générales sur les pays

- #1 Nombre d'entités administratives du pays
- #2 Nombre d'établissements de santé
- #3 Nombre d'établissements de santé qui dispensent des thérapies antirétrovirales

A Dépistage et services de conseils

- #A1 Pourcentage d'établissements de santé où le dépistage du VIH et les services de conseils sont disponibles
- #A2 Nombre de personnes de 15 ans et plus ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et de conseils au cours des 12 derniers mois, et qui connaissent le résultat du dépistage
- #A3 Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois, et qui en connaissent le résultat
- #A4 Proportion de jeunes sexuellement actifs de 15 à 24 ans, ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
- #A5 Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
- #A6 Pourcentage de personnes de 15 à 49 ans qui connaissent leur statut sérologique vis-à-vis du VIH

B Prévention en lieux de soins

- #B1 Pourcentage des établissements de santé où toutes les injections thérapeutiques sont effectuées avec du matériel neuf, jetable et à usage unique
- #B2 Pourcentage des établissements de santé qui dispensent sur place des services de prophylaxie post exposition (PEP)

C Prévention de la transmission sexuelle du VIH et de la transmission du VIH liée à l'injection de drogues

- #C1 Nombre de sites ciblés où des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues sont menés, pour 1000 consommateurs/trices de drogues injectables
- #C2 Nombre de sites ciblés où les traitements de substitution aux opiacés sont disponibles, pour 1000 consommateurs/trices de drogues injectables
- #C3 Nombre de seringues/aiguilles distribuées par consommateur/trice de drogues injectables, dans le cadre des programmes d'échange de seringues, par an
- #C4a Pourcentage de consommateurs de drogues injectables que les programmes de prévention sont parvenus à atteindre au cours des 12 derniers mois
- #C4b Pourcentage de professionnel(le)s du sexe que les programmes de prévention sont parvenus à atteindre au cours des 12 derniers mois
- #C4c Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes que les programmes de prévention sont parvenus à atteindre au cours des 12 derniers mois
- #C5a Pourcentage de consommateurs/trices de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue
- #C5b Pourcentage de consommateurs/trices de drogues injectables qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leur dernier rapport sexuel
- #C5c Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client
- #C5d Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin
- #C6a Pourcentage de personnes séropositives parmi les consommateurs/trices de drogues injectables
- #C6b Pourcentage de personnes séropositives parmi les professionnel(le)s du sexe
- #C6c Pourcentage de personnes séropositives parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

D Soins

- #D1 Pourcentage d'adultes et d'enfants pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH, répondant aux critères d'accès à la prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) et recevant cette prophylaxie actuellement

E Tuberculose/VIH

- #E1 Pourcentage estimé de cas de tuberculose liés à une séropositivité au VIH concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH
- #E2 Pourcentage d'adultes et d'enfants récemment pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH et ayant débuté une thérapie contre la tuberculose latente (thérapie préventive par isoniazide)
- #E3 Pourcentage d'adultes et d'enfants pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH, pour lesquels le diagnostic de tuberculose a été confirmé et enregistré lors de leur dernière visite

F Infections sexuellement transmises (IST)

- #F1 Nombre de sites ciblés de dispensation de soins pour les professionnel(le)s du sexe, où les services IST sont disponibles, pour 1000 PS
- #F2 Proportion de femmes ayant consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals et ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis dans les 12 derniers mois
- #F3 Prévalence de la syphilis parmi les professionnel(le)s du sexe
- #F4 Prévalence de la syphilis parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- #F5 Prévalence de la syphilis parmi les femmes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals

G Thérapie antirétrovirale

- #G1 Pourcentage d'établissements de santé qui dispensent des thérapies antirétrovirales (les prescrivent et/ou assurent le suivi clinique)
- #G2 Pourcentage d'adultes et d'enfants présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé qui reçoivent des antirétroviraux
- #G3a Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci
- #G3b Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 24 mois après le début de celui-ci
- #G3c Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 36 mois après le début de celui-ci
- #G3d Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 48 mois après le début de celui-ci
- #G4 Pourcentage de patients initiant une thérapie antirétrovirale sur le site au cours d'une période sélectionnée qui suivent toujours un schéma thérapeutique de première intention approprié douze mois plus tard

H Systèmes de santé

- #H1 Pourcentage des établissements de santé délivrant des antirétroviraux et ayant connu des épisodes de rupture de stocks pour au moins un antirétroviral dans les 12 derniers mois
- #H2 Pourcentage d'établissements dispensant des thérapies antirétrovirales à partir de la surveillance des CD4, conformément aux directives/politiques nationales, sur place ou après orientation recours

I Femmes et enfants

- #I1 Nombre de femmes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals
- #I2 Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals
- #I3 Pourcentage d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et assurant aussi la surveillance des CD4 pour les femmes enceintes sur place ou qui disposent d'un système de collecte et de transport des échantillons de sang pour la surveillance des CD4 pour les femmes enceintes
- #I4 Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et aussi des services de dépistage et de conseils pour les femmes enceintes
- #I5 Pourcentage d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et qui dispensent également le dépistage du VIH ET les antirétroviraux pour la PTME sur place
- #I6 Pourcentage d'établissements de santé qui dispensent des thérapies antirétrovirales pédiatriques (les prescrivent et/ou assurent le suivi clinique)
- #I7 Pourcentage d'établissements de santé qui dispensent des services de tests virologiques (ex. PCR) pour le diagnostic des nourrissons, sur place ou par technique de sang séché sur papier buvard
- #I8 Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu les résultats – au cours de leur grossesse, durant le travail et l'accouchement, et pendant la période post partum (M 72 heures) – y compris celles dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était déjà connu
- #I9 Pourcentage de partenaires masculins de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals, qui connaissent leur statut vis-à-vis du VIH
- #I10 Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant
- #I11 Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH dont la réponse aux critères d'accès à la thérapie antirétrovirale a été évaluée selon les critères cliniques ou immunologiques
- #I12 Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé
- #I13 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la PTME
- #I14 Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance
- #I15 Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives, ayant bénéficié d'un dépistage du VIH (recherche virologique ou d'anticorps) avant l'âge de 12 mois
- #I16 Distribution des pratiques d'allaitement à l'âge de 3 mois (allaitement au sein exclusif, de substitution, mixte/autre) pour les enfants nés de femmes séropositives au VIH
- #I17 Pourcentage d'enfants séropositifs au VIH, âgés de 0 à 14 ans, recevant actuellement une thérapie antirétrovirale

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.

L'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont recueilli les données présentées dans ces annexes au moyen du questionnaire annuel de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida (1) (voir section 1.2 au chapitre 1).

Le questionnaire a été envoyé aux pays en janvier 2009. 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. Les données ont été envoyées aux bureaux régionaux et aux sièges de l'OMS et de l'UNICEF entre Mars et Mai 2009.

De plus, une réunion internationale de conciliation des données a été organisée en mai 2009 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 et au Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le sida. Quand des incohérences ont été décelées 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 »). Les pays rapportant des données pour le secteur privé ont fait l'objet d'une note de bas de page. Les données sur le nombre d'adultes sous traitement antirétroviral sont disponibles pour 137 pays et les données sur le nombre d'enfants sous traitement antirétroviral sont disponibles pour 142 pays. Dans l'ensemble, 127 pays ont fourni des données ventilées par groupe d'âge pour 2008. Les données ventilées par sexe étaient disponibles pour 111 pays, dont 95 disposaient de données pour 2008.

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 2008 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 du ministère de la santé ou de toute autre source digne de foi 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 collaborent avec les pays pour 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 2008 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 2008 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, 133 pays disposaient de données pour décembre 2008, par conséquent, il n'a pas été nécessaire de procéder à une extrapolation. D'autre part, trois pays ont fourni des données à jour en septembre 2008 ou plus tard, et il a donc fallu procéder à une projection de un à trois mois jusqu'en décembre 2008. Ensemble, ces 136 pays représentent 99,7% de l'estimation totale des personnes suivant un traitement antirétroviral en décembre 2008 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dix pays ont fourni des données seulement pour 2007 et trois pays pour 2006. Des projections ont été faites pour 11 de ces pays.

Aucune projection jusqu'en décembre 2008 n'a été faite pour les pays à revenu élevé en raison du nombre insuffisant de données récentes pour permettre une extrapolation.

L'estimation du nombre de personnes sous traitement antirétroviral comportent une certaine marge d'erreur pour les pays qui n'ont pas encore établi de systèmes adéquats pour rapporter régulièrement le nombre de nouveaux individus sous traitement, de patients qui interrompent le traitement, de perdus de vue et de décès.

Une autre source d'incertitude tient à la difficulté de mesurer l'étendue de la pratique des traitements dans le secteur privé à but lucratif et à but non lucratif. Dans certains pays, des patients suivent un traitement dans des dispensaires d'organisations non gouvernementales et/ou des centres privés qui ne transmettent pas d'informations par les canaux officiels. Des entreprises privées disposent de programmes qui appuient les traitements de leurs salariés, 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 marges d'incertitude des estimations obtenues pour décembre 2008 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 (2). 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 certains pays, les marges d'incertitude employées vont de 10% à 40%. Les chiffres sur le secteur privé sont donnés dans les notes de bas de page de l'annexe 1.

L'annexe 1 présente également une mise à jour des données sur le nombre de personnes qui suivaient un traitement antirétroviral en 2007 puisque des données plus récentes pour décembre 2007 sont devenues disponibles depuis la publication du précédent rapport annuel de situation (3). Le nombre actualisé de personnes sous traitement antirétroviral fin 20 07 était donc de 2 970 000 [2 680 000–3 260 000] au lieu de 2 990 000 [2 700 000–3 280 000], comme cela a été publié précédemment.

Estimation du nombre de personnes ayant besoin du traitement antirétroviral et taux de couverture

Le rapport ne présente pas une estimation des besoins en traitement antirétroviral et du taux de couverture par pays. 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 remplissent les conditions pour commencer le traitement, que ces personnes connaissent ou non leur statut sérologique et l'indication du traitement antirétroviral (voir encadré 4.2). Les directives de l'OMS sur le traitement sont en cours de révision, y compris les seuils pour l'initiation du traitement. Si ces recommandations sont mise en œuvre, les besoins en traitement des adultes pourraient changer substantiellement. Par conséquent, l'estimation du besoin par pays augmenterait et la couverture nationale diminuerait. Les estimations des besoins et de la couverture par pays seront publiées dans le prochain rapport de situation, en fonction des nouveaux paramètres cliniques.

L'annexe 2 présente le nombre d'enfants âgés de moins de 15 ans ayant besoin d'un traitement antirétroviral et le taux de couverture par pays en 2008.

Le nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement pédiatrique est estimé à l'aide des méthodes uniformes ONUSIDA/OMS (4), incluant des marges d'incertitude (voir encadré 5.1).

Conformément aux recommandations de l'OMS, tous les enfants de moins d'un an vivant avec le VIH ont besoin d'un traitement antirétroviral. Après l'âge d'un an, a besoin d'un traitement tout enfant vivant avec le VIH qui présente une maladie modérée ou grave (5). Le nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral pendant une année donnée est fondé principalement sur le nombre de nourrissons nouvellement infectés par le VIH et leur survie au moment où ils ont besoin du traitement antirétroviral. Le nombre de nourrissons nouvellement infectés par le VIH est fonction de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes et l'estimation du taux de transmission mère-enfant conformément à la couverture du traitement antirétroviral et aux pratiques d'alimentation du nourrisson.

Les estimations du taux de couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant présentées à l'annexe 2 sont obtenues en divisant le nombre estimé d'enfants suivant un traitement antirétroviral en décembre 2008 par le nombre estimé d'enfants ayant besoin d'un traitement en 2008 (sur la base des méthodes 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 (6).

Notes explicatives pour l'annexe 3

Prévention de la transmission mère-enfant

L'annexe 3 fournit des données sur les indicateurs recueillis par le questionnaire annuel OMS/UNICEF/ONUSIDA de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida (1).

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 communiquées par le pays.

Un total de 123 pays ont transmis des données pour 2008. Ces 123 pays représentaient 97% des 124 millions de femmes qui ont accouché dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2008 et près de toutes (99,8%) les 1,4 million de femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Toutes ces femmes ont besoin d'interventions efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, notamment un traitement antirétroviral ou une prophylaxie pour empêcher la transmission du virus à leur enfant. Les données analysées dans ce chapitre sont basées sur les 123 pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont transmis des données sur les femmes et les enfants.

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 des VIH 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) (4). Ces procédures de modélisation statistique sont utilisées pour obtenir une estimation globale basée 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.

De façon similaire aux 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 du VIH.

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.

Estimations de la couverture sont fondées sur les estimations standardisées 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 de point 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 de point.

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 leur naissance ; et
- nombre et pourcentage de nourrissons nés de mères vivant avec le VIH qui ont subi un test virologique dans les deux mois après leur naissance.

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 (7).

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 exister 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 majorité des cas 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'échange 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 continuer à contribuer de manière disproportionnée à la propagation du virus, les réseaux sexuels dans l'ensemble de la population général suffisamment solides 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 référence 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 et par région géographique. Les régions géographiques reprennent la répartition utilisée par l'ONUSIDA¹. 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.

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, UNICEF and UNAIDS. *Monitoring and reporting on the health sector's response towards universal, Joint reporting tool*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/hiv/data/ua08_reportingform_25feb_en, consulté le 1^{er} septembre 2009).
2. 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.
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, juin 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/hiv/pub/2008progressreport/en/index.html>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
4. Méthodes et hypothèses pour les estimations [site Internet]. Genève, ONUSIDA, 2009 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/Methodology/default.asp>, consulté le 1^{er} septembre 2009).
5. *Report of the WHO Technical Reference Group, Paediatric HIV/Antiretroviral Therapy and Care Guideline Group Meeting, WHO headquarters, Geneva, Switzerland, 10-11 April 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/art_meeting_april2008/en/, consulté le 1^{er} septembre 2009).
6. Morgan M et al. Improved plausibility bounds about the 2005 HIV and AIDS estimates. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(Suppl. III):iii71-iii77.
7. Données et statistiques : classement des pays [site Internet]. Washington, Banque mondiale, 2008 (<http://go.worldbank.org/K2CKM78CC0>, consulté le 5 mai 2008).

¹ L'ONUSIDA rassemble les efforts et les ressources de dix institutions du système des Nations Unies dans la riposte au VIH. Les dix organismes coparrainant l'ONUSIDA sont les suivants :

- Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) ;
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ;
- Programme alimentaire mondial (PAM) ;
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) ;
- Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ;
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) ;
- Organisation internationale du Travail (OIT) ;
- Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) ;
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) ; et
- Banque mondiale.



Pour plus d'informations, consultez :
Organisation mondiale de la Santé
Département du VIH/sida
Avenue Appia 20
CH-1211 Genève 27
Suisse
E-mail : hiv-aids@who.int
www.who.int/hiv

ISBN 978 92 4 259875 9

