

VERS UN ACCÈS UNIVERSEL

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

Rapport de situation **2010**



Organisation
mondiale de la Santé



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNHCR
UNICEF
WFP
UNDP
UNFPA
UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK

unicef 

VERS UN ACCÈS UNIVERSEL

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

Rapport de situation **2010**



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 

**Catalogage 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 : 2010 rapport de situation.

1.SIDA – prévention et contrôle. 2.Infection à VIH – prévention et contrôle. 3.SIDA – 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 250039 4

(NLM classification: WC 503.6)

© Organisation mondiale de la Santé 2011

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

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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

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

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 Jhoney Barcarolo qui a assuré la rédaction, Bandana Maholtra qui a assuré la révision technique, Philippe Gaillard et David Chomentowski qui ont assuré la traduction en Français et à L'IV Com Sàrl qui a préparé la conception graphique et la mise en page.

Imprimé en Italie.

TABLE DES MATIÈRES

Avant propos	3
Résumé analytique	5
1. Introduction	9
1.1. Sources des données et méthodes utilisées	10
1.2. Structure du rapport	11
2. Conseil et dépistage du VIH	13
2.1. Politiques et programmes de conseil et dépistage du VIH	15
2.2. Disponibilité du conseil et du dépistage du VIH et utilisation de ces services	15
2.3. Couverture du conseil et du dépistage du VIH	17
2.4. Perspectives d'avenir	20
3. Interventions du secteur de la santé pour prévenir l'infection à VIH	23
3.1. Prévenir l'infection à VIH dans les groupes de population à risque élevé d'être infectés	25
3.1.1. Consommateurs de drogue par injection	27
3.1.2. Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	32
3.1.3. Professionnel(le)s du sexe	35
3.2. Sélection d'interventions de prévention dans le secteur de la santé	38
3.2.1. Circoncision	38
3.2.2. Prévention et prise en charge	39
3.2.3. Sécurité transfusionnelle	41
3.3. Nouvelles technologies de prévention de l'infection à VIH : microbicides et prophylaxie pré-exposition	44
3.4. Perspectives d'avenir	45
4. Traitement et prise en charge des personnes vivant avec le VIH	51
4.1. Traitement antirétroviral	52
4.1.1. Avancées obtenues dans le monde, les régions et les pays en vue de l'accès au traitement antirétroviral	52
4.1.2. Accès des femmes et des enfants au traitement antirétroviral	57
4.1.3. Disponibilité du traitement antirétroviral	57
4.1.4. Résultats et impact de l'extension du traitement antirétroviral	59
4.1.5. Prévention et évaluation de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux	63
4.1.6. Schémas thérapeutiques d'antirétroviraux	66
4.1.7. Prix des antirétroviraux	70
4.2. Activités conjointes contre la tuberculose et le VIH	73
4.2.1. Diminuer la charge d'infection à VIH chez les personnes atteintes de tuberculose et dans leur communauté	75
4.2.2. Diminuer la charge de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	76
4.3. Perspectives d'avenir	77
5. Étendre les services anti-VIH pour les femmes et les enfants	83
5.1. Prévention de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant	86
5.1.1. Conseil et dépistage du VIH chez la femme enceinte	86
5.1.2. Antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH	88
5.1.3. Prophylaxie par antirétroviraux pour les nourrissons nés de mères vivant avec le VIH	93

5.2. Traitement, prise en charge et soutien des femmes vivant avec le VIH et de leurs enfants	94
5.2.1. Diagnostic chez le nourrisson	94
5.2.2. Prophylaxie par cotrimoxazole chez les enfants exposés au VIH	95
5.2.3. Traitement antirétroviral chez l'enfant	96
5.3. Résultats et impact des interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH	100
5.4. Perspectives d'avenir	100
 6. Après 2010	 105
Faire plus, de façon plus stratégique	105
Tirer parti du potentiel qu'offre la riposte mondiale au VIH pour obtenir des bénéfices plus larges dans les domaines de la santé et du développement	106
Vers des systèmes de santé intégrés et renforcés	106
Faire face aux barrières structurelles par une approche se fondant sur les droits	106
 Annexes statistiques	 109
Annexe 1. Nombre déclaré d'établissements de soins assurant le conseil et le dépistage du VIH et nombre déclaré de personnes âgées de plus de 15 ans ayant effectué un test VIH et reçu un conseil dans les pays à revenu faible ou moyen en 2009	109
Annexe 2. Nombre déclaré de sites ciblés de dispensation de soins pour les professionnel(le)s du sexe où les services liés aux infections sexuellement transmissibles sont disponibles (pour 1000 professionnel(le)s du sexe) et prévalence de la syphilis parmi les femmes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals, par pays en 2009	113
Annexe 3. Personnes (tous groupes d'âge confondus) qui recevaient un traitement antirétroviral, qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral, et pourcentage de couverture, en 2008 et en 2009	115
Annexe 4. Nombre déclaré de personnes qui recevaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen en fonction du sexe et de l'âge, et estimation du nombre d'enfants qui recevaient un traitement et qui avaient besoin de ce traitement, et pourcentages de couverture, en 2009	121
Annexe 5. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenu faible ou moyen, en 2009	127
Annexe 6. Estimation du nombre de personnes (tous âges confondus) et du nombre d'enfants de moins de 15 ans recevant et ayant besoin d'un traitement antirétroviral ou d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, et pourcentages de couverture dans les pays à revenu faible ou moyen, par régions de l'OMS et régions de l'UNICEF, en 2009	134
Annexe 7. Classement des pays à revenu faible ou moyen par niveau de revenu, niveau d'épidémie et situation géographique, régions de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS	135
Annexe 8. Liste d'indicateurs dans le questionnaire annuel OMS, UNICEF et ONUSIDA de suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, 2010	140
 Notes explicatives	 142

AVANT-PROPOS

Cette année, le rapport sur les interventions liées au VIH et au sida dans le secteur de la santé présente, à l'appui de solides données, les avancées obtenues suite aux efforts déployés dans le monde entier pour combattre cette infection, mais aussi l'étendue du travail qu'il reste à accomplir.

En 2009, les pays, les partenaires et les communautés ont réussi à élargir l'accès à la prévention, au traitement et à la prise en charge de l'infection à VIH.

Des gains importants ont été acquis en vue d'éliminer la transmission mère-enfant du VIH, avec pour objectif son élimination d'ici 2015. Dans les pays à revenu faible ou moyen, plus de la moitié des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission de l'infection à leur bébé, et plus d'enfants vivant avec le VIH ont pu y bénéficier d'un traitement et d'une prise en charge. Axés sur la communauté, fondés sur les droits, des programmes de prévention ont contribué à faire diminuer le nombre d'infections à VIH. Après avoir révisé ses lignes directrices sur le traitement antirétroviral, l'OMS recommande à présent de commencer le traitement à un stade plus précoce de la maladie; appliqués dans leur intégralité, ces changements contribueront à réduire davantage la morbidité et la mortalité causées par l'infection à VIH.

Tous ces progrès sont autant de motifs d'encouragement. Mais ce rapport montre cependant qu'à l'échelle mondiale, les objectifs fixés pour l'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge de l'infection à VIH ne seront pas atteints en 2010.

Un tiers seulement des personnes qui en ont besoin ont accès à un traitement antirétroviral. La couverture des interventions de prévention est encore insuffisante. Et la plupart des personnes vivant avec le VIH ne connaissent toujours par leur statut sérologique. Dans de nombreux pays, les personnes les plus affectées par l'infection à VIH et les plus difficiles à atteindre sont encore soumises quotidiennement à la stigmatisation, à la discrimination et à la marginalisation sociale, notamment les personnes vivant avec le VIH, les professionnel(le)s du sexe, les usagers de drogue par voie intraveineuse, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transsexuelles, les détenus et les migrants.

Simultanément, la crise financière et la récession économique qui s'en est suivie ont incité certains pays à réévaluer leurs engagements en faveur des programmes de lutte contre le VIH. En réduisant le financement des services de lutte contre le VIH et de prise en charge de cette infection, le risque n'est pas seulement de perdre les acquis de ces dernières années mais aussi de compromettre grandement l'accomplissement d'autres objectifs du Millénaire pour le développement, surtout ceux liés à la santé maternelle et infantile.

En mettant à jour les lacunes des systèmes de santé actuels, la riposte mondiale au VIH a par ailleurs permis une action plus concertée pour agir sur des facteurs systémiques plus larges, notamment la capacité des ressources humaines, les infrastructures matérielles, les chaînes d'approvisionnement, les systèmes de financement et d'information de la santé.

De nombreux pays l'ont montré: l'extension continue des programmes de lutte contre le VIH peut permettre de faire tomber les obstacles systémiques qui ont empêché d'obtenir de longue date d'autres résultats escomptés en matière de santé.

De façon stratégique, nous devons aussi intégrer les interventions de lutte contre le VIH et de prise en charge de cette infection dans les services, les stratégies et les plans des pays en matière de santé, notamment ceux qui concernent la santé sexuelle, la santé génésique, la santé maternelle et infantile, la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles et la réduction des risques.

Dans les populations à risque élevé d'être infectées par le VIH, des approches spéciales demeurent nécessaires pour tenir compte des situations spécifiques et des besoins propres à ces groupes. Les stratégies nationales fondées sur les droits doivent comporter des mesures particulières pour atteindre les plus démunis et les exclus. Les programmes doivent être conçus et mis en œuvre en garantissant un accès équitable, y compris aux femmes et aux enfants. C'est en s'engageant à planifier et à mettre en œuvre ainsi des programmes qui s'appuient sur un cadre solide de soins de santé primaires qu'il sera possible d'exploiter toutes les synergies potentielles entre les différentes interventions, garantir la pérennité du programme et maximiser sa couverture et son impact.

Si la marge d'amélioration reste importante, les programmes de lutte contre le VIH ont déjà eu un impact contribuant à la lutte contre d'autres maladies et, plus généralement, sur le développement économique et social. En termes de politique publique, les conséquences sont claires : s'il faut renforcer la riposte à d'autres priorités mondiales de santé, ceci doit se produire en plus, et non à la place, d'un engagement continu et croissant pour lutter contre l'infection à VIH. C'est seulement en travaillant ensemble que nous pourrions endiguer l'épidémie.

Nous avons les connaissances et les aptitudes pour faire de l'accès universel une réalité et inverser l'épidémie. Faisons en sorte que les difficultés auxquelles est confrontée la riposte mondiale au VIH soient l'occasion de renouveler et de conjuguer nos efforts, et d'honorer les engagements que nous avons pris ensemble.



Margaret Chan
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé



Michel Sidibe
Directeur exécutif
ONUSIDA



Anthony Lake
Directeur exécutif
UNICEF

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

L'épidémie d'infection à VIH demeure un problème majeur de santé publique dans le monde ; 33,4 millions de personnes vivent aujourd'hui avec cette infection. Pour la seule année 2008, 2,7 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH.

Les États Membres des Nations Unies se sont engagés depuis 2006 à élargir les services et les interventions pour atteindre d'ici à 2010 l'objectif d'un accès universel à la prévention de l'infection à VIH, au traitement, à la prise en charge et au soutien des malades. Depuis cette date, l'OMS, l'UNICEF et le Secrétariat de l'ONUSIDA se sont appliqués à faire la surveillance des éléments clés de la riposte du secteur de la santé à l'épidémie d'infection à VIH dans le monde. Le présent rapport, quatrième rapport annuel de situation publié depuis 2006, évalue la situation à la fin de l'année 2009, soit un an avant l'année cible pour obtenir un accès universel. Il rassemble des informations en provenance de 183 des 192 États Membres des Nations Unies (144 pays à revenu faible ou moyen et 39 pays à revenu élevé) sur l'état d'avancement de la riposte mondiale du secteur de la santé au VIH, sur les avancées obtenues et sur les obstacles qui continuent à faire barrière à l'accès universel.

Tout au long de l'année 2009, des avancées en vue d'un accès élargi au dépistage du VIH, la prévention et au traitement de cette infection, ont régulièrement été enregistrées dans les pays à revenu faible ou moyen. Certains pays sont déjà parvenus à un accès universel au traitement antirétroviral et/ou aux services pour prévenir la transmission mère-enfant (l'accès universel étant défini comme la couverture d'au moins 80 % de la population ayant besoin d'un traitement ou de ces services). L'accès universel sera certainement à portée dans bon nombre de pays d'ici la fin de l'année 2010. Malgré ces résultats encourageants, il est improbable que les objectifs chiffrés

de prévention de l'infection à VIH, de traitement, de prise en charge et de soutien des malades soient atteints en 2010 dans le monde entier. Les retombées seront alors importantes pour plusieurs objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), au-delà de ceux qui concernent directement l'infection à VIH (OMD 6), notamment pour les OMD 4 et 5 qui ciblent la santé maternelle et infantile.

Après plusieurs années de forte augmentation de l'aide internationale, les financements sont restés pratiquement inchangés récemment. Dans un contexte de crise financière mondiale, ce rapport souligne l'urgence de continuer à mobiliser les pays, les donateurs et les organismes internationaux pour qu'ils continuent à apporter leur soutien à la riposte à l'épidémie d'infection à VIH et leur concours pour atteindre les OMD.

Conseil et dépistage du VIH

En 2009, le nombre de pays ayant adopté des politiques sur le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire s'est accru, et l'augmentation du nombre d'établissements proposant un conseil et un dépistage du VIH s'est poursuivie. En décembre 2009, plus des deux tiers des pays d'Afrique subsaharienne, d'Amérique latine et des Caraïbes avaient mis en place des politiques en faveur du conseil et du dépistage à l'initiative du prestataire.

Le nombre de tests VIH effectués dans le monde a également augmenté globalement. À partir des données transmises par 100 pays, un total de 67 millions de personnes ayant réalisé un test ont été comptabilisées pour l'année 2009. Dans les 82 pays pour lesquels on disposait de données comparables au cours de la période 2008-2009, le nombre médian de tests effectués est passé de 41 à 50 pour 1000 habitants.

Avancées obtenues en 2008 et 2009 dans les pays à revenu faible ou moyen par indicateur clé^a

	Décembre 2008	Décembre 2009
Nombre d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral	4 053 000	5 254 000
Couverture du traitement antirétroviral chez l'adulte et l'enfant :		
en fonction des lignes directrices de l'OMS de 2010 (début du traitement lorsque le nombre de CD4 est < 350 cellules/mm ³)	28% [26-31%]	36% [33-39%]
en fonction des lignes directrices de l'OMS de 2006 (début du traitement lorsque le nombre de CD4 est < 200 cellules/mm ³)	42% [38-48%]	52% [47-58%]
Couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant âgé de moins de 15 ans	22% [16-34%]	28% [21-43%]
Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant	45% [37-57%]	53% [40-79%]

a Voir l'encadré sur la mise à jour des lignes directrices sur le traitement antirétroviral et ses conséquences sur l'estimation des besoins.

Toutefois, la connaissance du statut par rapport au VIH demeure insuffisante. Selon les enquêtes en population réalisées récemment dans 10 pays d'Afrique subsaharienne, le pourcentage médian de personnes vivant avec le VIH ayant connaissance de leur statut par rapport à cette infection était inférieur à 40 %. Les programmes de conseil et de dépistage sont par ailleurs souvent inadaptés au contexte local et des écarts considérables subsistent entre les besoins de conseil et de dépistage et les pratiques existantes.

Interventions du secteur de la santé pour prévenir l'infection à VIH

Davantage de pays à revenu faible ou moyen ont indiqué mener une surveillance de l'infection à VIH dans des groupes identifiés comme étant à risque élevé d'être infectés, tels que les usagers de drogue par voie intraveineuse, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Toutefois, la plupart des pays n'ont pas été capables de fournir des données sur la couverture des programmes de prévention de l'infection à VIH dans ces groupes de population ; la qualité et la représentativité des données transmises sont parfois insuffisantes.

Dans les 27 pays ayant transmis des données pour l'année 2009, le pourcentage médian de usagers de drogue par voie intraveineuse bénéficiant des programmes de prévention de l'infection à VIH au cours des 12 mois précédant l'enquête était de 32 %. Sur 92 pays ayant transmis des informations sur les politiques de réduction des risques à destination des usagers de drogue par voie intraveineuse, 36 ont déclaré disposer de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et 33 proposaient des thérapies de substitution aux opioïdes. Dans l'ensemble des pays ayant transmis des données, le nombre de seringues distribuées annuellement à chaque usager de drogue par voie intraveineuse est demeuré inférieur à 200, chiffre représentant le seuil international recommandé par an pour chaque usager de drogue par voie intraveineuse.

Pour les 21 pays ayant transmis des données pour l'année 2009, le pourcentage médian d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes bénéficiant des programmes de prévention de l'infection à VIH au cours des 12 mois précédant l'enquête était de 57 %. Concernant les professionnel(le)s du sexe, le pourcentage médian était globalement de 58 % dans 38 pays ayant transmis des données.

De multiples obstacles juridiques et socioculturels empêchent encore les usagers de drogue par voie intraveineuse, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transsexuelles et les professionnel(le)s du sexe d'accéder aux services de santé ou les découragent de les utiliser. Pour lever ces obstacles, il faut abolir les lois répressives qui criminalisent leurs comportements et créer un environnement favorable qui atténue la stigmatisation et la discrimination et protège les droits humains.

Certaines avancées ont été obtenues dans l'élaboration et la mise en place d'outils et de technologies supplémentaires de prévention. Depuis janvier 2010, 133 000 circoncisions ont été effectuées dans six pays ayant transmis des données sur la prestation de services.

Le manque de disponibilité en sang et en produits sanguins pour la transfusion, et la garantie de leur innocuité, demeurent un sujet de préoccupation, en particulier dans les pays à revenu faible. Un dépistage dans des conditions de qualité garantie a été réalisé pour le sang provenant de 99 % des dons dans les pays à revenu élevé et de 85 % dans les pays à revenu moyen, contre seulement 48 % dans les pays à revenu faible.

Mise à jour des lignes directrices sur le traitement antirétroviral et conséquences sur l'estimation des besoins

L'OMS a publié en 2009 et 2010 une mise à jour de ses lignes directrices et de ses recommandations sur (i) le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent, y compris chez la femme enceinte, (ii) les antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH du nourrisson, (iii) le traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant, et (iv) l'infection à VIH et l'alimentation du nourrisson.

Les lignes directrices actualisées de l'OMS sur le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent, y compris chez la femme enceinte, recommandent à présent de commencer le traitement antirétroviral quand le nombre de CD4 atteint ou passe en dessous du seuil de 350 cellules/mm³, que les patients présentent ou non des symptômes cliniques (voir encadrés 4.1 et 4.2). Ce changement s'est traduit à la fin de l'année 2009 par une augmentation du nombre estimé de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, le faisant passer de 10,1 millions à 14,6 millions de personnes [13,5-15,8 millions] ; bien que l'investissement nécessaire pour se conformer à ces lignes directrices soit plus élevé au départ, il devrait être compensé à moyen terme par un nombre moins élevé d'hospitalisation et par des taux plus bas de morbidité et de mortalité. En décembre 2009, 29 pays avaient déjà intégré dans leurs lignes directrices nationales sur le traitement les nouvelles recommandations de l'OMS sur les critères d'admissibilité pour commencer un traitement antirétroviral.

Traitement et prise en charge des personnes vivant avec le VIH

À la fin de l'année 2009, les rapports ont montré que 5,25 millions de personnes recevaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen, soit une augmentation de 1,2 million de personnes par rapport à décembre 2008, l'augmentation la plus importante en un an. C'est en Afrique subsaharienne que le nombre absolu de personnes recevant un traitement a connu la plus forte augmentation, passant de 2 950 000 en décembre 2008 à environ 3 910 000 une année plus tard.

Sur la base des nouveaux critères pour commencer un traitement (nombre de CD4 inférieur ou égal à 350 cellules/mm³), la couverture a augmenté, passant de 28 % [26-31 %] en décembre 2008 à 36 % [33-39 %] à la fin de 2009. Selon les anciens critères pour commencer un traitement (nombre de CD4 inférieur ou égal à 200 cellules/mm³) la couverture mondiale aurait atteint 52 % [47-58 %] en 2009.

En décembre 2009, huit pays à revenu faible ou moyen (Botswana, Cambodge, Croatie, Cuba, Guyana, Oman, Roumanie et Rwanda) étaient parvenus à l'accès universel au traitement antirétroviral (couverture du traitement d'au moins 80 % des patients qui en ont besoin).

La couverture du traitement antirétroviral était plus élevée chez les femmes (39 %) que chez les hommes (31 %).

Les données de cohorte disponibles dans certains pays concernant la proportion de patients continuant à recevoir un traitement antirétroviral au fil du temps montrent que la réduction du nombre de patients survenait principalement au cours de la première année de traitement et que le taux de rétention se stabilisait par la suite. En 2009, le taux de rétention moyen sur 12 mois était de 82,0 % dans les pays à revenu faible ou moyen ; il était approximativement similaire chez les hommes et les femmes. Les tendances de la rétention observées dans les données de 2009 étaient similaires à celles constatées en 2008. De nombreux programmes ne disposaient pas cependant de la capacité technique ou opérationnelle de fournir des données sur la rétention des patients, notamment sur des durées plus longues. Il est essentiel que les partenaires et les pays fassent un effort particulier pour mettre en place des systèmes de suivi des patients et des cohortes afin de recueillir, analyser et utiliser des données longitudinales sur la rétention.

Au milieu de l'année 2010, 28 pays avaient mis en place des enquêtes pour classer la pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux. Parmi les 15 enquêtes disposant de résultats soumis à la procédure d'assurance qualité de l'OMS, la pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux était estimée comme faible (< 5 %) dans 13 pays, et modérée (entre 5 % et 15 %) dans les deux autres.

La question de la tuberculose liée à l'infection à VIH continue de poser de sérieux problèmes dans le cadre de la riposte du secteur de la santé au VIH. En 2008, les estimations ont montré que sur les 9,4 millions de nouveaux cas de tuberculose survenus dans le monde entier, 1,4 million étaient des personnes vivant avec le VIH. Le taux de patients atteints de tuberculose bénéficiant d'un conseil et d'un dépistage du VIH est en augmentation, mais demeure insuffisant. En 2008, près de 22 % des personnes chez qui une tuberculose a été déclarée connaissaient leur statut par rapport au VIH, alors qu'elles n'étaient que 16 % en 2007 et 3,2 % en 2004. Chez les patients vivant avec le VIH et la tuberculose, la couverture du traitement antirétroviral était faible, et la mise en œuvre de la stratégie des « trois i » pour lutter contre la tuberculose – dépistage intensifié des cas de tuberculose chez les patients présentant une infection à VIH, traitement préventif par l'isoniazide, et lutte contre l'infection tuberculeuse – est demeurée insuffisante.

Mise à jour des lignes directrices sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et le traitement pédiatrique

Depuis leur mise à jour en 2010, les lignes directrices sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH proposent des changements majeurs en faveur d'une meilleure efficacité des interventions à base d'antirétroviraux. Ces changements comprennent notamment un début plus précoce du traitement antirétroviral pour un groupe plus large de femmes enceintes (nombre de CD4 inférieur ou égal à 350 cellules/mm³ ou stade 3 ou 4 de l'infection à VIH), ce qui présente des avantages pour la santé de la mère et permet une meilleure prévention de la transmission mère-enfant du VIH pendant la grossesse et l'allaitement au sein. Pour les femmes qui n'ont pas besoin d'un traitement antirétroviral pour leur propre santé, il est recommandé aux pays de choisir parmi deux options de prophylaxie antirétrovirale, en fonction de la faisabilité et des possibilités de mise en œuvre (voir encadré 5.3). Là où l'allaitement au sein est considéré comme la plus sûre des options d'alimentation du nourrisson, il est désormais recommandé de fournir aux femmes ou aux enfants une prophylaxie antirétrovirale pour diminuer le risque de transmission pendant l'allaitement au sein (voir les encadrés 5.3 et 5.4). Selon les lignes directrices révisées sur le traitement antirétroviral chez l'enfant, il est maintenant recommandé de commencer ce traitement chez tout enfant âgé de moins de 24 mois, et en fonction d'un seuil du nombre de CD4 dépendant de l'âge chez les enfants de 24 mois ou plus (voir encadré 5.6). Ces mises à jour devraient permettre de diminuer de façon importante le taux de transmission verticale, d'augmenter la survie sans infection à VIH, et d'améliorer la qualité de vie et la survie des nourrissons et des enfants vivant avec le VIH. Un soutien technique et financier supplémentaire est cependant nécessaire pour permettre aux pays de mettre rapidement en œuvre l'ensemble de ces recommandations révisées.

Services de prise en charge du VIH pour les femmes et les enfants

L'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH a encore été élargi en 2009. Selon les estimations, 26 % de l'ensemble des femmes enceintes des pays à revenu faible ou moyen ont réalisé un test de dépistage du VIH en 2009, contre 21 % en 2008. Ce chiffre demeure encore faible, principalement du fait de la couverture insuffisante (16 %) en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est où vivent 55 % de ces femmes.

Selon les estimations, 53 % [40-79 %] des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH à leur nourrisson, par rapport à 45 % [37-57 %] en 2008. En Afrique subsaharienne, où vivent environ 91 % des 1,4 million de femmes enceintes ayant besoin de recevoir des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, la couverture était de 54 % [40-84 %].

L'efficacité des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH varie selon le type d'association d'antirétroviraux et la durée du schéma thérapeutique utilisés. Parmi les femmes ayant accès à des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, la proportion de celles qui ont reçu une dose unique de névirapine a diminué entre 2007 et 2009, passant de 49 % à 30 % ; dans le même temps, le pourcentage de femmes recevant un schéma prophylactique plus efficace a augmenté, passant de 33 % à 54 %.

Environ 51 % des femmes enceintes testées séropositives ont bénéficié d'une évaluation en vue de déterminer leur admissibilité pour commencer un traitement antirétroviral pour leur propre santé, contre 34 % en 2008.

À la fin de l'année 2009, environ 356 400 enfants de moins de 15 ans recevaient un traitement antirétroviral, contre 275 300 à la fin de l'année 2008, soit une augmentation de 29 % en un an. Selon les estimations, ce chiffre représentait 28 % [21-43 %] de l'ensemble des enfants de moins de 15 ans vivant dans les pays à revenu faible ou moyen ayant besoin d'un traitement,

contre 22 % [16-34 %] en 2008 et 7 % [5-11 %] en 2005. Globalement, la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants des pays à revenu faible ou moyen était inférieure à celle obtenue chez l'adulte (37 % [35-41 %]). De plus, dans les 54 pays ayant transmis des données, un test VIH a été réalisé au cours des deux premiers mois de vie chez seulement 15 % [10-28 %] des nourrissons nés d'une mère séropositive ; dans les 72 pays ayant transmis des données, seulement 14 % [10-21 %] des nourrissons nés d'une mère séropositive ont reçu une prophylaxie par le cotrimoxazole au cours des deux mois suivant leur naissance.

Des efforts supplémentaires doivent être faits pour qu'un plus grand nombre de nourrissons exposés au VIH bénéficient d'un dépistage précoce de l'infection, pour réduire le taux de perdus de vue au cours de la période néonatale, et pour intégrer davantage les interventions de prise en charge de l'infection à VIH dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile.

Les données disponibles présentent certaines limites, mais elles n'ont jamais été si nombreuses à montrer l'impact positif et croissant des investissements dans la lutte contre le VIH pour réduire les nouvelles infections et les décès et pour garantir aux personnes vivant avec le VIH une vie en bonne santé. Pourtant, ces données nous parviennent alors que la crise économique mondiale de 2008-2009 a mis en jeu la pérennité de nombreux programmes de lutte contre le VIH. Si les engagements financiers et programmatiques déjà obtenus ne sont pas pérennisés et renforcés, il est à craindre que les résultats acquis seront réduits à néant.

Les difficultés rencontrées pour atteindre les OMD en rapport avec l'infection à VIH doivent être résolues. Pour cela, les mesures prises doivent suivre quatre orientations stratégiques : (i) étendre et optimiser la riposte mondiale au VIH, (ii) catalyser l'impact des programmes de lutte contre le VIH sur les autres résultats en matière de santé, (iii) renforcer les systèmes de santé en vue d'une riposte durable et complète, et (iv) agir sur les facteurs structurels qui peuvent entraver la riposte, y compris les violations des droits humains. 🌐

1. INTRODUCTION

Ce rapport fait le point sur les avancées réalisées en 2009 en vue d'étendre l'accès à certaines interventions du secteur de la santé destinées à la prévention, au traitement, et à la prise en charge de l'infection à VIH dans les pays à revenu faible ou moyen. Il est le quatrième d'une série de rapports de situation publiés chaque année depuis 2006 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), en collaboration avec des partenaires nationaux ou internationaux. Ces rapports sont destinés à faire le suivi des éléments clés de la riposte du secteur de la santé à l'épidémie mondiale d'infection à VIH.¹

L'année 2010 est une date importante dans la riposte mondiale au VIH. Au cours de la réunion de haut niveau sur le sida de l'Assemblée générale des Nations Unies qui s'est tenue en 2006, les dirigeants mondiaux se sont engagés à étendre les services et les interventions en vue d'atteindre comme objectif, d'ici à la fin de cette année, un accès universel à la prévention de l'infection à VIH, au traitement, à la prise en charge et au soutien des malades (1). Afin d'identifier les domaines où des efforts supplémentaires sont nécessaires pour améliorer la couverture et l'impact, il est fondamental d'évaluer la situation alors que les pays et les partenaires s'apprêtent à examiner dans les mois qui viennent les objectifs et les cibles de l'accès universel. Le présent rapport facilitera la réalisation de ce processus de deux manières. Premièrement, les informations stratégiques précises et à jour contenues dans ce rapport aideront les pays à faire le point sur ce qu'ils ont réalisé et à identifier les obstacles programmatiques, les lacunes en matière de prestation de soins et les défis à relever. Deuxièmement, une fois actualisée, la riposte mondiale aidera la communauté internationale à établir des priorités dans les politiques, à définir des objectifs chiffrés et à concevoir des stratégies appropriées afin de mieux soutenir et intensifier les actions engagées par les pays.

Le fait de se rapprocher de l'année 2010 a aidé à rallier et à galvaniser les différents partenaires engagés dans la riposte au VIH à tous les niveaux. De façon encourageante, l'année 2009 a vu se renouveler leur engagement et leur résolution pour l'accomplissement de l'accès universel et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). La mise en place d'un Cadre de résultats par l'ONUSIDA a

permis d'identifier dix domaines prioritaires et certaines stratégies transversales où des progrès doivent être rapidement réalisés (2). Simultanément, la communauté internationale est également en bonne voie pour s'entendre sur l'élimination virtuelle de la transmission mère-enfant du VIH d'ici 2015 (3). Une nouvelle initiative mondiale en matière de santé, lancée par le gouvernement des États-Unis d'Amérique, viendra soutenir les pays à revenu faible ou moyen pour améliorer les résultats obtenus en matière de santé et pour renforcer les systèmes de santé, y compris les services de prévention et de prise en charge du VIH. Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a autorisé l'allocation de nouveaux financements. Les nouvelles lignes directrices de l'OMS sur le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent, ainsi que chez l'enfant, recommandent à présent de commencer le traitement antirétroviral à un stade plus précoce de la maladie, ce qui devrait permettre de diminuer davantage la mortalité et la morbidité liées à l'infection à VIH ainsi que la transmission de cette infection.

Au même moment, la riposte mondiale au VIH a été touchée de plein fouet par la crise financière planétaire et par les changements de priorité en matière de santé publique et de développement au niveau des pays et au niveau international. Ces phénomènes ont fait ressortir le besoin d'accroître l'impact des investissements actuels en améliorant l'efficacité, l'efficacité et la qualité des programmes, en renforçant les liens entre les différents programmes, et en mettant en place des systèmes permettant une riposte qui pourrait se poursuivre sur le long terme.

Cette année, 144 pays à revenu faible ou moyen ont transmis des données concernant leur programme. Le rapport montre qu'à la fin de 2009, huit d'entre eux avaient déjà atteint l'accès universel au traitement antirétroviral, fournissant un traitement à au moins 80 % des patients qui en avaient besoin. De plus, 15 pays avaient aussi atteint l'objectif de couverture de prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH fixé à 80 %.

Si, par les différentes actions menées, les objectifs d'accès universel pourraient être atteints par d'autres pays d'ici fin 2010, il est en revanche peu probable que ces objectifs pour la prévention de l'infection à VIH, le traitement, la prise en charge et le soutien des malades soient atteints au niveau planétaire. Ceci a des conséquences non seulement sur la riposte au VIH, mais aussi sur tous les autres OMD concernant la santé de la mère et de l'enfant, notamment les OMD 4 et 5. Vis-à-vis des objectifs de réduction de la mortalité infantile et de la tuberculose, des travaux de recherche récents ont montré qu'une faible

¹ Deux autres documents importants à paraître en 2010 viendront compléter les informations sur le secteur de la santé présentées et analysées dans ce rapport. *Aids Today: 2010 UNAIDS Global Report* sera consacré au statut actuel de l'épidémie et à la riposte multisectorielle au niveau mondial et national ; le *Rapport d'évaluation de la situation des enfants et du sida* (en anglais *Stocktaking Report on children and AIDS*) fournira des données utiles et complémentaires sur les avancées obtenues en vue d'étendre les services à l'intention des femmes, des enfants et des jeunes touchés par l'épidémie, et sur les difficultés rencontrées pour ce faire.

Encadré 1.1. Structure du financement mondial de la riposte au VIH

À la fin de 2008 (dernière année pour laquelle des données actualisées sont disponibles), les principales sources de financement des programmes de lutte contre le VIH dans le monde ont été les dépenses intérieures des pays touchés par l'infection à VIH. Celles-ci ont totalisé 52 % de l'ensemble des investissements, devant la coopération bilatérale directe (31 %), les organismes multilatéraux (12 %) et le secteur philanthropique (5%) (8).

Après plusieurs années d'augmentation considérable, l'aide internationale des pays à revenu élevé en faveur de la riposte mondiale au VIH a connu une stagnation au cours de la période 2008-2009. Selon des estimations récentes, les engagements des gouvernements bailleurs de fonds ont totalisé US\$ 8,7 milliards, soit autant qu'en 2008 (9). À titre de comparaison, la somme nécessaire à la riposte mondiale au VIH dans les pays à revenu faible et moyen en 2010 a été estimée à US\$ 26,7 milliards - toutes sources confondues, notamment intérieures et internationales (8).¹

Les initiatives mondiales et les organismes multilatéraux, notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Banque mondiale et, plus récemment, l'UNITAID, continuent à être des mécanismes importants pour financer l'extension des interventions de lutte contre le VIH. Depuis sa création en 2002, le Fonds mondial a affecté plus de US\$ 11 milliards pour financer les programmes liés à l'infection à VIH dans 140 pays. En 2009, il a ratifié son neuvième cycle de financement, allouant ainsi US\$ 1,86 milliard supplémentaire aux propositions de lutte contre le VIH dans 36 pays. La Banque mondiale, en plus de son rôle financier, a considérablement accru son soutien technique aux pays partenaires. L'ensemble de ses engagements financiers auprès de toutes les régions dans la lutte contre le VIH a totalisé US\$ 4,2 milliards depuis 1989 (10). L'UNITAID a renforcé son rôle d'acteur clé pour l'élargissement de l'accès aux médicaments et aux diagnostics en matière d'infection à VIH, de paludisme et de tuberculose. Depuis son lancement en 2006, UNITAID a recueilli plus de US\$ 1 milliard ; en décembre 2009, cette initiative avait affecté dans 51 pays plus de US\$ 565 millions dans quatre domaines de projet de lutte contre le VIH et le sida (11).

Les flux d'aide bilatérale sont toujours une source majeure de financement des programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et moyen. Les États-Unis d'Amérique représentent le principal bailleur de fonds du monde en faveur de l'extension des services de lutte contre le VIH et le sida, par le biais de l'Emergency Plan for AIDS Relief du Président des États-Unis d'Amérique. Les engagements financiers annuels transitant par ses programmes bilatéraux sont passés de US\$ 1,65 milliard en 2004 à US\$ 5,5 milliards en 2009. Pour 2010, l'allocation d'une somme supplémentaire d'un montant de US\$ 5,5 milliards a été adoptée.

Ces dernières années, en plus des sources bilatérales et multilatérales, les fondations privées, comme la Fondation Bill & Melinda Gates et la Fondation William J. Clinton, ont aussi contribué de façon importante à la riposte mondiale au sida, à la fois sur le plan financier et sur le plan technique. La Fondation Bill & Melinda Gates est la plus grande source d'aide privée au développement pour la santé, avec des engagements financiers annuels atteignant près de US\$ 2 milliards à la fois pour 2006 et pour 2007 (8,12).

¹ Ce chiffre ne tient pas compte des investissements nécessaires pour étendre la couverture du traitement antirétroviral afin qu'elle corresponde aux nouveaux critères d'admissibilité au traitement recommandés par l'OMS (voir le chapitre 4 pour plus de détails).

charge en infection à VIH et en sida permet d'obtenir des avancées beaucoup plus spectaculaires que la croissance économique elle-même (4). En l'absence d'infection à VIH, la mortalité maternelle dans le monde aurait pu être inférieure d'environ 6 % en 2008 (5) et une récente étude a estimé que jusqu'à 18% des décès liés à la grossesse pouvaient être dus au VIH (6).

Ce rapport montre qu'en intensifiant et en accélérant les efforts, les pays peuvent atteindre un accès universel malgré tous les obstacles et toutes les contraintes. Des agents de santé ont été formés, d'importantes infrastructures ont été améliorées, et les systèmes de santé sont progressivement renforcés. Même s'il reste encore beaucoup de choses à faire et à améliorer, des millions de nouveaux cas d'infection ont été évités et des millions de personnes sont en vie grâce aux investissements réalisés au cours de ces dernières années.

1.1. Sources des données et méthodes utilisées

Travaillant ensemble à l'aide d'un outil commun de recueil d'informations, l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont collecté des données dans les programmes nationaux du monde entier pour faire le suivi de la riposte du secteur de la santé en vue d'obtenir un accès universel, et rendre compte des progrès réalisés. Afin d'obtenir les données les plus cohérentes possibles, le cadre mis en place pour le suivi de la Déclaration d'engagement adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies à la session extraordinaire sur le VIH/sida (7) a servi de base pour l'élaboration des différents indicateurs utilisés et des procédures à suivre

pour le recueil des données correspondantes. Le rapport se distingue de la version de 2009 par deux aspects importants. Premièrement, il a été demandé aux pays de fournir cette année des données sur 35 indicateurs, au lieu de 46 en 2009 (voir l'annexe 8). Deuxièmement, certains des 35 indicateurs ne sont pas présentés et analysés dans ce présent rapport ; ils seront analysés et publiés ultérieurement dans « *Aids Today: 2010 UNAIDS Global Report* ». Les données utilisées dans ce rapport proviennent de 39 pays à revenu élevé et de 144 pays à revenu faible ou moyen. Par ailleurs, les estimations des besoins en traitement antirétroviral et de l'étendue de la couverture dans les pays à revenu faible ou moyen ont été considérablement modifiées suite au changement de critères utilisés pour commencer un traitement. Selon les lignes directrices sur le traitement antirétroviral établies par l'OMS en 2010, il est désormais recommandé de commencer un traitement antirétroviral chez les adultes et les adolescents, y compris les femmes enceintes, infectés par le VIH et dont le nombre de CD4 est inférieur ou égal à 350 cellules/mm³, qu'ils présentent ou non des symptômes cliniques. Selon les estimations, ce changement a entraîné une augmentation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral à la fin de l'année 2009 de 10,1 millions à 14,6 millions (13,5 millions-15,8 millions) (voir encadré 4.1).

Les données recueillies portent sur les domaines programmatiques suivants : (i) conseil et dépistage du VIH, (ii) prévention de la transmission sexuelle du VIH et de la transmission par la consommation de drogues injectables, (iii) prise en charge des infections sexuellement

Encadré 1.2. Mesurer les avancées pour atteindre un accès universel

Pour évaluer correctement les succès remportés par les programmes, il est important de se mettre soigneusement d'accord sur un ensemble de définitions et de concepts. Tout au long de ce rapport, « l'accès » est considéré comme un vaste concept mesurant trois dimensions des principales interventions du secteur de la santé : la disponibilité, la couverture, et les résultats et l'impact.

La disponibilité est définie en termes de capacité à atteindre (accès physique), capacité d'acquies à un coût abordable (accès économique) et d'acceptabilité (accès socioculturel) des 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, par la demande des personnes qui ont besoin de ces services et par leur comportement de recours aux soins.

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

transmissibles, (iv) couverture du traitement antirétroviral, (v) couverture des services de prise en charge conjointe de l'infection à VIH et de la tuberculose, (vi) ruptures de stocks d'antirétroviraux, et (vii) interventions destinées aux femmes et aux enfants, y compris la prévention de la transmission mère-enfant. Des questions relatives aux politiques ont également été posées afin d'évaluer les progrès réalisés par les programmes. Les taux de réponses sont différents selon les indicateurs ; ils sont présentés dans les chapitres correspondants.

Ce rapport s'appuie également sur des données provenant d'autres sources, notamment sur des enquêtes spécifiques (portant par exemple sur le prix et l'utilisation des antirétroviraux ainsi que d'autres produits et matériel, et sur la surveillance de la pharmacorésistance du VIH), sur des enquêtes en population (comme les enquêtes démographiques et sanitaires) et sur certaines publications

scientifiques récentes. En fonction des besoins, des notes sur les données supplémentaires et sur la méthodologie utilisées ont été incluses dans les différents chapitres.

1.2. Structure du rapport

Ce rapport est organisé de la manière suivante :

Le **Chapitre 1 (Introduction)** présente les objectifs du rapport et les méthodes utilisées pour retracer les progrès vers l'accès universel.

Le **Chapitre 2** recense les progrès mondiaux dans l'extension de la disponibilité et du recours au conseil et dépistage du VIH.

Le **Chapitre 3** discute 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** identifie les principaux obstacles et les prochaines étapes pour parvenir aux objectifs internationaux.

Les annexes statistiques fournissent des données nationales sur les services pour le dépistage et le conseil et pour les infections sexuellement transmissibles, ainsi que sur la couverture mondiale du traitement antirétroviral et des services pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Des notes complémentaires sont également fournies sur les sources des données et les méthodes utilisées. 

Références

1. 2006 High-Level Meeting on AIDS. *Uniting the world against AIDS*. New York, United Nations, 31 May-2 June 2006. (<http://www.un.org/ga/aidsmeeting2006/>, accessed on 1 September 2010).
2. UNAIDS. *Joint action for results: UNAIDS Outcome Framework 2009-2011*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2010 (http://data.unaids.org/pub/Report/2010/jc1713_joint_action_en.pdf, accessed on 30 June 2010).
3. Knowledge Centre [web site]. *Africa prepares to eliminate mother-to-child transmission of HIV by 2015*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2010 (http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2010/20100526_PMTCT.asp, accessed 30 June 2010).
4. Stuckler D, Basu S, McKee M. Drivers of inequality in Millennium Development Goals progress: a statistical analysis. *PLoS Medicine*, 2010, 7:e10000241. doi:10.1371/journal.pmed.10000241. (<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.10000241>, accessed 5 July 2010).
5. World Health Organization, UNICEF, UNFPA and The World Bank. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008 Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html> accessed 15 September 2010).
6. Hogan MC et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet*, 2010, 375:1609-1623 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60518-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60518-1/fulltext), accessed 5 July 2010).
7. United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on HIV/AIDS. *Declaration of Commitment on HIV/AIDS: "Global Crisis — Global Action"*. 2001 (<http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html>, accessed on 1 September, 2010).
8. *What countries need: investments needed for 2010 targets*. UNAIDS, Geneva, 2009. (http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1681_what_countries_need_en.pdf, accessed 17 August 2010).
9. Kates J et al. *Financing the response to AIDS in low- and middle-income countries: international assistance from the G8, European Commission and other donor governments in 2009*. Geneva, UNAIDS and Menlo Park, CA, Kaiser Family Foundation, 2010. (<http://www.kff.org/hiv/aids/upload/7347-06.pdf>, accessed 12 August 2010).
10. World Bank [web site]. *HIV/AIDS commitments and disbursements*. The World Bank Group, 2010 (<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/HIVAIDSCommitmentsDisbursementsJuly212009.xls>, accessed 6 July 2010).
11. World Health Organization (acting as the host Organization for the Secretariat of UNITAID). *UNITAID annual report 2009*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.unitaid.eu/images/NewWeb/documents/AR09/unitaid2009ar_web%20spreads.pdf, accessed 30 June 2009).
12. Ravishankar N et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet*, 2009, 373:2113-2123.

2. CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH

Principales conclusions

- *Le nombre de pays fournissant des données sur le conseil et le dépistage du VIH a légèrement augmenté.* En 2009, 118 pays à revenu faible ou moyen ont transmis des données sur la disponibilité du conseil et du dépistage du VIH dans les établissements de soins, contre 111 en 2008. Sur l'utilisation de ces services en 2009, 100 pays ont fourni des informations, contre 98 en 2008.¹
- *Le nombre de pays ayant adopté des politiques sur le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire a augmenté.* En décembre 2009, plus des deux tiers des pays d'Afrique subsaharienne, d'Amérique latine et des Caraïbes avaient mis en place des politiques en faveur du conseil et du dépistage à l'initiative du prestataire.
- *Le nombre d'établissements de soins proposant un conseil et un dépistage du VIH continue à augmenter.* Selon les données, le nombre d'établissements de soins qui proposent un conseil et un dépistage du VIH a été porté à 107 000 en 2009 (118 pays ayant transmis des informations), contre 78 000 en 2008 (111 pays). Le nombre médian d'établissements de soins pour 100 000 habitants proposant ce type de services a augmenté de 28 % entre 2008 et 2009, passant de 4,3 à 5,5 dans les 101 pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données pour ces deux années consécutives.
- *Le nombre de tests VIH effectués dans le monde a globalement augmenté.* Pour l'année 2009, 67 millions de tests ont été comptabilisés au total à partir des données transmises par 100 pays. Dans les 82 pays pour lesquels on disposait de données comparables pour les années 2008 et 2009, le nombre médian de tests effectués a augmenté de 22 %, passant de 41 à 50 pour 1000 habitants.
- *Il ressort des enquêtes en population menées dans les pays à revenu faible ou moyen que (i) la proportion de personnes indiquant avoir déjà réalisé un test VIH est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et que (ii) la connaissance du statut par rapport au VIH demeure insuffisante ; d'après 10 enquêtes en population réalisées entre 2007 et 2009, le pourcentage médian de personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique était inférieur à 40 %.*
- *Les programmes de conseil et de dépistage doivent être mieux adaptés aux contextes épidémiologiques locaux.* Une riposte efficace implique des mesures pour accroître l'utilisation des services, en particulier auprès des groupes identifiés comme à risque, tout en respectant les droits humains.

¹ Du fait de mises à jour ou de corrections apportées par les pays, il se peut que les chiffres de 2008 et de 2007 diffèrent de ceux publiés dans les rapports de situation antérieurs.

Pour garantir l'accès aux interventions de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH, il est essentiel d'accroître la disponibilité et l'utilisation des services de conseil et de dépistage du VIH. Seul un diagnostic posé à temps peut garantir un début du traitement antirétroviral au moment où le patient pourra en tirer le maximum de bénéfices cliniques. Le conseil et le dépistage sont aussi l'occasion de partager des informations avec les clients et de favoriser les mesures pour réduire le risque d'être infecté par le VIH ou de transmettre le virus. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) soutiennent à la fois *le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du client* (appelé également conseil et dépistage volontaire), où les personnes font activement une démarche pour obtenir un conseil et réaliser un dépistage du VIH dans une structure qui propose ces services, ainsi que *le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire dans les établissements de soins*, où le dépistage du VIH est recommandé par les prestataires de soins (1).¹

Ce chapitre examine les données nationales relatives à la disponibilité du conseil et du dépistage du VIH pour l'adulte et à la couverture par ces services (voir l'encadré 2.1). Le dépistage chez la femme enceinte et le nourrisson est traité dans le chapitre 5. Il est important de noter qu'en situation de prévalence élevée le conseil et le dépistage ont tendance à être principalement axés sur la population générale, tandis qu'en situation de faible prévalence ils visent généralement plutôt les populations identifiées comme à risque élevé d'être infectées par le VIH, comme les usagers de drogue par voie intraveineuse, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les professionnel(le)s

du sexe. Les informations disponibles à l'époque sur les groupes de population identifiés comme à risque élevé d'être infectés par le VIH ont été résumées dans le rapport de situation 2009 intitulé *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé* (2). Ces estimations devraient être mises à jour une fois achevé le processus en cours de transmission des données concernant les indicateurs pour la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies, ces indicateurs incluant une composante sur le pourcentage de personnes appartenant à certains groupes particuliers de population qui ont effectué un test VIH et reçu leur résultat au cours des 12 mois précédents. Pour décrire la réalité du dépistage du VIH dans le monde, d'autres lacunes doivent être comblées en termes d'informations : sur les types de tests réalisés dans différentes situations, sur l'approvisionnement, la distribution et la gestion des tests et du matériel de laboratoire, sur le coût des différents tests et la qualité des services ; il faut aussi réaliser une évaluation systématique de la manière dont fonctionne l'orientation des patients vers les services de traitement et de prise en charge après un test et une évaluation de la manière dont la prévention est renforcée. Pour combler ces lacunes, il faut mobiliser des ressources afin de recueillir et d'analyser au fil du temps les informations stratégiques nécessaires.

Les données transmises signalent pour 2009, de façon encourageante, une expansion continue à la fois de l'offre de services de conseil et de dépistage et de l'utilisation de ces services. Récemment, plusieurs pays ont lancé des initiatives à grande échelle pour accélérer sensiblement l'accès au conseil et au dépistage du VIH ; le résultat de ces initiatives devrait contribuer à s'approcher d'un accès universel.

¹ Quel que soit le type d'épidémie d'infection à VIH : pour toute personne dont les symptômes cliniques pourraient résulter d'une infection à VIH sous-jacente ; en situation d'épidémie généralisée d'infection à VIH : comme un aspect systématique des soins de santé pour toute personne se présentant dans un établissement de soins ; et en situation d'épidémie concentrée ou peu étendue : de façon plus sélective.

Encadré 2.1. Remarque méthodologique

Les données examinées dans ce chapitre proviennent de deux ensembles de sources. Le premier comprend les rapports sur les politiques, les programmes et les indicateurs, établis sur la base d'informations collectées dans les établissements de soins et adressés par les pays à l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF. Quand cela a été possible, ces données ont été compilées et vérifiées en collaboration avec les pays. Toutefois, compte tenu du manque de systèmes d'information stratégique appropriés dans de nombreux pays, ces données sont rarement validées de façon formelle. Par ailleurs, il faut tenir compte des limites de l'agrégation de données de différents pays, dans la mesure où les définitions utilisées dans chacun d'entre eux ne sont pas nécessairement uniformisées. Notamment, il n'est pas clairement établi si le résultat du test est rendu dans chaque cas et si un conseil est toujours fourni avec le test de dépistage. De plus, les mesures dépendent souvent de la manière dont ces services sont organisés et du type d'établissements de soins où le test est réalisé. Cela va des laboratoires jusqu'aux établissements de soins où le dépistage, le conseil et la prise en charge sont parfaitement intégrés. Il est possible que les données sur l'offre de services et sur leur utilisation dans un pays ne couvrent pas l'ensemble des établissements de soins publics, privés et non gouvernementaux, ni tous les points de prestation de services qui proposent un conseil et un dépistage du VIH. Enfin, les calculs faits à partir de mesures agrégées, en particulier les médianes régionales, peuvent être basées sur des données comparables au fil du temps fournies par seulement un sous-ensemble de pays de la région, et il est possible que leurs résultats ne soient par conséquent pas entièrement représentatifs de leur région respective ; de ce fait, certains chiffres doivent être interprétés avec précaution.

Le second ensemble de sources comprend les enquêtes nationales en population menées dans certains pays à revenu faible ou moyen. Généralement, ces enquêtes sont basées sur des échantillons représentatifs au plan national ; elles suivent habituellement des méthodologies standardisées qui fournissent des données comparables à partir de la déclaration des participants et concernant leur utilisation de services anti-VIH spécifiques, permettant ainsi d'estimer la couverture pour différents groupes de population. Dans certaines enquêtes, un échantillon de sang est aussi prélevé chez les participants à l'enquête qui acceptent d'être testés, moyen permettant de recueillir des informations sur le statut par rapport au VIH dans des groupes de population spécifiques. Ces enquêtes permettent d'obtenir une estimation de la connaissance du statut par rapport au VIH dont la qualité dépend des informations spécifiques demandées aux participants à l'enquête, en particulier sur la question de leur statut sérologique.

Les estimations fournies par ces deux sources de données peuvent diverger, notamment si les rapports des pays n'intègrent pas les informations en provenance de tous les établissements de soins non gouvernementaux ; les enquêtes en population fournissent généralement des estimations plus précises sur l'utilisation des services.

2.1. Politiques et programmes de conseil et dépistage du VIH

Les rapports de 119 pays montrent un engagement croissant des pays et des partenaires en faveur de politiques d'appui à l'offre de dépistage du VIH et en vue de diversifier les modes par lesquels ces services sont fournis, y compris pour permettre un conseil et un dépistage volontaire par le biais de programmes de proximité et pour diversifier l'offre de ces services dans les établissements de soins, ainsi que le recommandent l'OMS et l'ONUSIDA (1). En décembre 2009, 58 pays représentant plus des deux tiers des pays d'Afrique subsaharienne, d'Amérique latine et des Caraïbes, avaient introduit des politiques qui soutiennent le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire. En 2009, le pourcentage de pays où existaient des politiques de conseil et de dépistage à l'initiative du prestataire était de 52 % en Europe orientale et en Asie centrale (14 pays sur 27), 40 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (8 pays sur 20) et 37 % en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (15 pays sur 41). Certains pays ont également mis en place des campagnes nationales (encadré 2.2) pour améliorer l'accès au conseil et au dépistage du VIH et encourager l'utilisation de ces services.

Si les informations sur les politiques en place permettent d'appréhender les actions au niveau national, un suivi approprié de la mise en œuvre du programme est essentiel pour détecter les décalages entre les politiques et les pratiques, et pour identifier des moyens d'améliorer la prestation de services. Les pays de la Région de la

Méditerranée orientale ont fait l'objet d'un examen complet de ce type (encadré 2.3). Cet exemple donne des informations utiles sur la manière de procéder et des enseignements importants pour améliorer la conception des politiques et la gestion des programmes.

2.2. Disponibilité du conseil et du dépistage du VIH et utilisation de ces services

Cette année, 118 pays à revenu faible ou moyen ont transmis des données sur l'offre de services de conseil et de dépistage du VIH dans les établissements de soins (tableau 2.1 et annexe 1), soit une légère augmentation par rapport aux 111 pays ayant participé à ce processus l'an passé.¹ Ces 118 pays ont déclaré que les services de conseil et de dépistage étaient fournis par 107 000 établissements de soins. En 2006, 52 pays avaient signalé 21 900 établissements de soins fournissant ce type de services, un chiffre qui est passé à 30 300 en 2007 dans 78 pays et à 78 000 en 2008 dans 111 pays.

En 2009, 100 pays ont transmis des données sur l'utilisation des services de conseil et de dépistage, soit autant qu'en 2008. Sur le plan régional, la légère diminution du nombre de pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord ayant transmis des données a été compensée par un nombre

¹ Du fait de mises à jour ou de corrections apportées par les pays, il se peut que les chiffres de 2008 et de 2007 diffèrent de ceux publiés dans les rapports de situation antérieurs.

Encadré 2.2. Élargir l'accès au conseil et au dépistage du VIH par des campagnes nationales de dépistage

Plusieurs pays ont organisé des campagnes nationales pour encourager le dépistage du VIH, améliorer la connaissance du statut par rapport au VIH et aider à l'orientation vers les services de traitement et de prévention. Par exemple, le Burkina Faso mène depuis 2004 des campagnes annuelles de dépistage pour la population générale, mais aussi pour des groupes de population spécifiques comme les étudiants, les professionnel(le)s du sexe et les chauffeurs routiers. L'implication d'organisations locales non gouvernementales sous l'égide du projet Pamac (Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire) a contribué à l'augmentation rapide du nombre de personnes testées, qui a ainsi dépassé le million en 2009 (3). Le Lesotho a lancé en 2004 une campagne « Know your status » (Connaissez votre statut), qui a permis en quatre ans de multiplier par cinq le nombre de tests réalisés (4). Des campagnes ont été également menées au Kenya, en République-Unie de Tanzanie et au Malawi; d'autres sont prévues ailleurs, comme en Ouganda.

En 2010, l'Afrique du Sud a lancé une nouvelle campagne de conseil et de dépistage du VIH (5,6) dans le cadre de son effort pour obtenir une réduction de moitié des nouveaux cas d'infection à VIH et fournir un traitement antirétroviral à au moins 80 % des personnes qui en ont besoin. Ce sera la campagne la plus importante menée à ce jour dans le monde : elle vise à faire un test de dépistage du VIH chez 15 millions de personnes d'ici juin 2011 et prévoit d'installer 500 nouveaux sites de conseil et de dépistage chaque trimestre. Des services de conseil et de dépistage seront proposés dans des établissements de soins, lors de campagnes de dépistage dans les écoles, et par le biais de services de proximité tels que des unités mobiles. Pour répondre à la demande accrue d'agents de santé, le gouvernement a recruté des infirmières ainsi que d'autres agents de santé à la retraite et permet à des conseillers non spécialistes de fournir les services de conseil et de dépistage. Cette campagne se distingue par le fait que le dépistage du VIH sera proposé dans le cadre d'un ensemble de services de soins comprenant des interventions portant sur la tension artérielle, le diabète, l'anémie, le dépistage des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose, et la distribution de préservatifs; cette stratégie s'inscrit dans le cadre des efforts réalisés par l'Afrique du Sud pour intégrer le dépistage, le traitement et la prise en charge du VIH ainsi que l'orientation vers les services appropriés.

En général, les campagnes de dépistage ont tendance à obtenir une réponse positive et entraînent une augmentation plus forte que prévue du nombre de personnes cherchant à connaître leur statut par rapport au VIH. Une planification soignée est cependant indispensable pour que la campagne de dépistage ait le plus de chances possibles d'atteindre son public cible, et pour garantir que le conseil et le dépistage seront coordonnés de façon adéquate avec l'orientation des patients vers les services appropriés et pour recevoir un traitement. Après trois campagnes consécutives de dépistage annuelles d'une semaine au Malawi (de 2006 à 2008), l'expérience a permis de mettre en avant les succès des campagnes nationales de dépistage et les défis à relever. En 2006, la première campagne de dépistage a entraîné un nombre substantiel de réponses positives, avec un nombre de personnes testées – plus de 96 000 – près de deux fois supérieur à l'objectif initial. Pour sa part, la campagne de 2008 est arrivée loin des résultats escomptés (186 000 personnes testées au lieu de 250 000). Ceci a été attribué en partie à la date de la campagne de dépistage, qui a coïncidé avec la principale saison de travaux des champs. Ce résultat peut aussi être dû en partie à des problèmes opérationnels : une couverture inégale ainsi que, dans certains districts, le manque de kits de tests, des fonds déboursés tardivement et un nombre de conseillers insuffisant; des problèmes similaires ont été relevés au cours de la campagne de dépistage réalisée au Lesotho. Malgré ces difficultés, une évaluation a conclu que les campagnes de dépistage au Malawi avaient été largement couronnées de succès, permettant d'étendre rapidement les services de conseil et de dépistage ainsi que leur utilisation, d'atteindre un nombre élevé de personnes dans les zones isolées, d'identifier les personnes séropositives et de les orienter pour une prise en charge et un traitement. Elles ont également contribué à créer une dynamique pour accroître le soutien public aux services de conseil et de dépistage du VIH et à faire du dépistage du VIH un événement normal et faisant partie des soins de santé systématiques (7).

accru de pays d'Amérique latine et des Caraïbes en ayant transmis. Les rapports des pays donnent les nombres totaux de personnes testées, mais ces chiffres ne sont pas corrigés pour tenir compte du nombre de personnes qui ont effectué plus d'une fois un test de dépistage au cours de la même année, nombre qui varie sensiblement d'un pays à l'autre. Malgré ces limites, les chiffres fournissent une indication de l'utilisation des services de conseil et de dépistage. Le nombre total de personnes testées signalé en 2009, autour de 67 millions, a été 54 % plus élevé que le chiffre correspondant en 2008. Les chiffres sur la disponibilité et l'utilisation de ces services en 2009 ont été résumés dans le tableau 2.1. (Les données concernant chaque pays se trouvent dans l'annexe 1).

Pour mieux saisir l'évolution de la disponibilité et de l'utilisation de ces services, deux ratios ont été calculés : le

ratio du nombre d'établissements de soins pour 100 000 habitants et le ratio du nombre de tests réalisés pour 1000 habitants ; ils sont présentés dans le tableau 2.2. En vue d'analyser les tendances, ces chiffres n'ont été calculés que pour les pays ayant transmis des données comparables pour 2008 et pour 2009.

Au total, 101 pays ont transmis des informations sur le nombre d'établissements de soins proposant un dépistage du VIH en 2008 et en 2009. Dans ce groupe, le nombre médian d'établissements de soins pour 100 000 habitants a augmenté de plus de 28 % en un an, passant de 4,3 à 5,5. La hausse la plus considérable a été enregistrée en Amérique latine et dans les Caraïbes. Dans certains pays, les changements ont été spectaculaires. Au Kenya, au Burkina Faso et au Gabon notamment, le nombre d'établissements de soins proposant des services de conseil et de dépistage a

Encadré 2.3. Politiques et pratiques en matière de conseil et de dépistage du VIH : une analyse de situation des pays de la Région de la Méditerranée orientale

Un examen (8) des politiques et des pratiques dans la Région de la Méditerranée orientale a récemment mis en lumière les avancées importantes obtenues dans l'extension des services de conseil et de dépistage du VIH, ainsi que les difficultés auxquelles sont confrontés les politiques et les programmes dans les pays à faible prévalence. Cet examen a consisté en une triangulation de multiples sources de données provenant de tous les pays de la région - articles publiés et non publiés, données de surveillance, rapports de surveillance et d'évaluation - parallèlement à des interviews d'informateurs clés et des observations faites sur le terrain en Égypte, en Oman, au Pakistan et au Soudan.

Cet examen a relevé des écarts importants entre les pratiques existantes et les besoins actuels en matière de conseil et de dépistage. Dans chaque pays, le nombre d'établissements de soins proposant un conseil et un dépistage du VIH n'était pas proportionnel à la taille de la population, pas plus qu'il n'était associé au type d'épidémie sur place - généralisée, concentrée ou peu étendue. De plus, même si le conseil et le dépistage volontaire étaient identifiés comme une intervention capitale dans les principaux documents de politique, seulement 3 % des personnes ayant effectué un test de dépistage ont appris leur statut par rapport au VIH dans le cadre des services de conseil et de dépistage volontaire. Le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire était rarement mis en application. Le dépistage obligatoire était en fait l'approche la plus répandue, réalisé avant tout chez les résidents étrangers, les travailleurs migrants et les populations identifiées comme à risque élevé d'être infectées par le VIH, telles que les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les usagers de drogue par voie intraveineuse, le plus souvent en état d'arrestation ou lors de leur admission dans un établissement de soins ou de leur incarcération.

Il existait également un écart entre les actions consacrées au dépistage et l'identification des cas de personnes séropositives : si 59 % des tests ont été réalisés chez des travailleurs migrants, ils n'ont permis d'identifier que 13 % des cas où le test était positif. Inversement, bien que seulement 4 % et 8 % des tests aient été réalisés respectivement sur les groupes de population clés à risque élevé et parmi les clients des services de santé pertinents (infections sexuellement transmissibles, tuberculose et consultation prénatale), ceux-ci ont débouché sur une proportion plus grande de cas séropositifs (respectivement 23 % et 18 %).

Malgré ces défaillances, des signes témoignent de l'extension et de l'amélioration des services de conseil et de dépistage du VIH. Partout, l'accès au conseil et au dépistage volontaire progresse ; et certains pays ont mis en pratique le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire, même si ces services n'entrent pas formellement dans le cadre directeur défini. Bien qu'il n'existe aucun modèle de conseil et de dépistage volontaire pour les groupes de population clés à risque, certains pays (Égypte, Liban, Maroc, Oman, Pakistan) ont institué des programmes de proximité en collaboration avec les organisations non gouvernementales (ONG). L'Iran a élaboré un programme complet de réduction des risques. Et le Maroc a mis en place, avec une participation importante des ONG, des sites de conseil et de dépistage se concentrant en premier lieu sur les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les professionnel(le)s du sexe et, plus récemment, les usagers de drogue par voie intraveineuse.

Tableau 2.1. Nombre d'établissements de soins assurant le conseil et le dépistage du VIH et nombre de personnes^a âgées de 15 à 49 ans ayant effectué un test VIH et reçu un conseil, par région (pays à revenu faible ou moyen), en 2009

Région	Nombre d'établissements de soins proposant un conseil et un dépistage du VIH	Nombre de pays ayant transmis des données	Nombre de personnes âgées de 15 ans et plus ayant effectué un test VIH et reçu un conseil	Nombre de pays ayant transmis des données
Afrique du Nord et Moyen-Orient	4 142	8	744 993	6
Afrique subsaharienne	31 218	44	39 918 738	45
Amérique latine et Caraïbes	26 913	26	5 387 886	18
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	23 571	22	17 524 974	18
Europe et Asie centrale	21 022	18	3 846 142	13
Total	106 866	118	67 422 733	100

a Sur la base du nombre de personnes testées signalé par les pays, mais ces chiffres ne sont pas corrigés pour tenir compte du nombre inconnu de personnes testées plus d'une fois.

Tableau 2.2. Nombre d'établissements de soins qui proposent un dépistage du VIH pour 100 000 habitants et nombre de tests^a pour 1000 habitants dans les pays qui disposent d'informations pour 2008 et 2009, par région

Région	Nombre médian d'établissements de soins pour 100 000 habitants adultes (nombre de pays ayant transmis des données)		Nombre médian de tests pour 1000 habitants adultes (nombre de pays ayant transmis des données)	
	2008	2009	2008	2009
Afrique du Nord et Moyen-Orient	0.9	1.2	3.3	3.6
	(n=7)		(n=6)	
Afrique subsaharienne	5.9	8.4	58	66
	(n=41)		(n=40)	
Amérique latine et Caraïbes	7.8	16	49	63
	(n=17)		(n=10)	
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	0.9	1.2	9.2	13
	(n=20)		(n=15)	
Europe et Asie centrale	4.6	4.7	30	44
	(n=16)		(n=11)	
Médiane (tous les pays)	4.3	5.5	41	50

a Sur la base du nombre de personnes testées signalé par les pays, mais ces chiffres ne sont pas corrigés pour tenir compte du nombre inconnu de personnes testées plus d'une fois.

augmenté de plus de 50 %. Au Mali, il a plus que quadruplé, passant de 260 à 1091. Et il a été multiplié par sept en Malaisie, passant de 1095 à 7627. Certains pays ont rapporté une diminution du nombre d'établissements de soins proposant un dépistage du VIH entre 2008 et 2009 ; ces baisses ont cependant été pour la plupart modérées, que ce soit en valeur absolue ou en valeur relative.

La tendance mondiale quant à l'utilisation des services de dépistage a également été positive. Parmi les 82 pays qui ont fourni des données comparables pour les années 2008 et 2009, l'augmentation du nombre médian de tests effectués pour 1000 habitants est presque de 22 % au cours de cette période, passant de 41 à 50 (tableau 2.2). En Afrique subsaharienne, le nombre absolu de tests effectués a augmenté de près de 35 % dans les 40 pays ayant transmis des données pour les années 2008 et 2009, dépassant les 32 millions, et faisant passer de 58 à 67 le nombre médian de tests effectués pour 1000 habitants dans la région. Cette amélioration générale dissimule cependant des tendances très diverses. D'un côté, un certain nombre de pays de la région ont enregistré de remarquables avancées, comme le Botswana, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Kenya, le Mali, la Namibie, le Niger, la République centrafricaine, le Rwanda, la Sierra Leone, la Zambie, où le nombre de tests effectués a augmenté de 50 % ou plus entre 2008 et 2009. De l'autre, les données transmises suggèrent que l'utilisation des services de dépistage peut en réalité avoir diminué dans certains pays, même si ces baisses ont généralement été modestes. S'il n'est pas possible de déterminer dans quelle mesure ces changements peuvent

être liés à des modifications dans les méthodes utilisées pour l'établissement des rapports, il est cependant important de suivre rigoureusement ces changements. Il est également intéressant de noter que ces statistiques ne reflètent pas la mesure dans laquelle le dépistage fourni dans le cadre de ces services se conforme aux recommandations sur le conseil et le dépistage volontaire ou aux recommandations sur le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire (1).

La disponibilité et l'utilisation des services de conseil et de dépistage du VIH sont très différentes d'une région à l'autre et d'un endroit à l'autre au sein d'une même région. Les données concernant chaque pays se trouvent dans l'annexe 1.

2.3. Couverture du conseil et du dépistage du VIH

Les données issues des enquêtes en population au niveau du pays fournissent des informations sur le degré d'utilisation des services de conseil et de dépistage par différents groupes de population. Un nombre croissant de pays mènent des enquêtes nationales, y compris des Enquêtes Démographiques et de santé, qui comprennent un module VIH dans lequel les participants à l'enquête signalent s'ils ont effectué un test de dépistage du VIH au cours des 12 mois précédant l'enquête et s'ils ont jamais effectué un test de ce type. Dans les pays ayant récemment mené des enquêtes en population au niveau national (tableau 2.3), les données montrent qu'une médiane de 12 % de femmes et de 7 % d'hommes ont signalé avoir effectué un test de dépistage du VIH au cours des 12 mois précédant l'enquête, et qu'une médiane de 34 % de femmes et de 17 % d'hommes ont signalé avoir déjà réalisé un test de dépistage. Il existe bien entendu des écarts considérables derrière ces chiffres. Dans certains pays par exemple, comme l'Afrique du Sud, le Kenya et Sao Tomé-et-Principe, un quart ou plus des femmes participant à l'enquête déclarent avoir effectué un test de dépistage au cours des 12 mois qui précèdent, alors que d'autres pays ayant transmis des données sur le sujet rapportent des taux beaucoup plus faibles. Il est également utile de souligner que, de manière constante, les hommes sont moins nombreux que les femmes à signaler avoir effectué un test VIH, sauf dans un petit nombre de pays où le niveau d'utilisation globale des services de dépistage reste très faible. Cet écart entre hommes et femmes reflète très probablement l'existence de programmes à destination des femmes afin qu'elles effectuent un test de dépistage du VIH pendant leur grossesse pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, et l'absence de programmes similaires à destination des hommes (voir le chapitre 5).

Les tendances de l'utilisation des services de conseil et de dépistage du VIH peuvent être évaluées sur la base des résultats des différentes enquêtes successives menées dans le temps dans un pays donné. Comme le montre le résumé présenté dans la figure 2.1, les taux de tests VIH

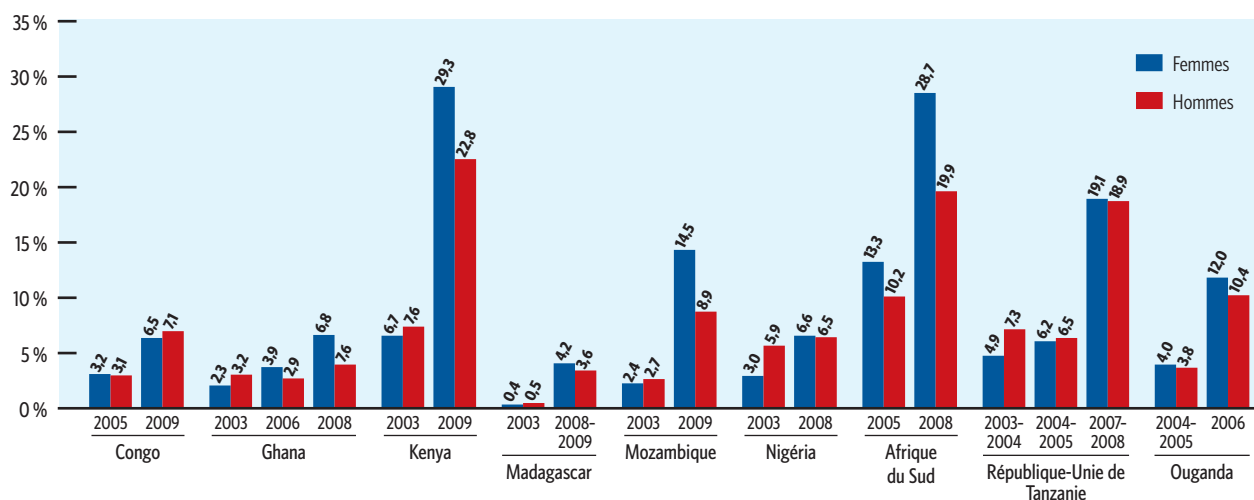
Tableau 2.3. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont effectué un test VIH et reçu leur résultat de test au cours des 12 mois précédant l'enquête, et de celles et ceux ayant déjà réalisé un test de dépistage et reçu leur résultat de test, selon les enquêtes en population, de 2007 à 2009

Pays	Année	Pourcentage de personnes qui ont effectué un test VIH et reçu leur résultat de test au cours des 12 mois précédents		Pourcentage de personnes qui ont déjà réalisé un test de dépistage et reçu leur résultat de test	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Afrique du Sud	2008	28,7	19,9	56,7	43
Bolivia (État plurinational de)	2008	*	1,9	*	6,8
Congo	2009	6,5	7,1	22,5	17,7
Ghana	2008	6,8	4,1	16,9	12,4
Kenya	2009	29,3	22,8	56,5	40,4
Libéria	2007	1,6	2,3	3,2	4,9
Madagascar	2009	4,2	3,6	12,5	7,7
Mozambique	2009	14,5	8,9	33,6	17,2
Nigéria	2008	6,6	6,5	14,6	14
Philippines	2008	0,7	*	2,3	*
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	2008	19,1	18,9	37,2	26,5
Sao Tomé-et-Principe	2009	31,4	22,8	61,1	33,7
Sierra Leone	2008	4,1	3,4	9,4	7
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
Médiane		12,3	7,2	33,6	17,2

Source: Enquêtes démographiques et sanitaires (9) et Shisana et al. (10).

* Dans certains pays, les statistiques ne sont pas disponibles pour les deux sexes dans la mesure où les enquêtes sont menées séparément chez les hommes et chez les femmes.

Figure 2.1. Pourcentage d'hommes et de femmes qui ont effectué un test VIH et reçu leur résultat de test au cours des 12 mois précédant l'enquête, dans les pays où les enquêtes en population ont été répétées de 2003 à 2009



Source: Enquêtes Démographiques et de santé (9) et Shisana et al. (10,11).

effectués par les hommes et par les femmes de 2003 à 2009 augmentent de manière prononcée dans chaque pays ayant transmis des données. Au Mozambique, le taux de dépistage a quadruplé chez les femmes et triplé chez les hommes, quoique les chiffres de référence aient été très bas. Les données observées en République-Unie de Tanzanie de 2003 à 2008 font état d'un bilan analogue; et tous les chiffres transmis par les autres pays montrent de façon univoque une augmentation de l'utilisation des services de conseil et dépistage du VIH au cours de ces sept dernières années.

Les enquêtes où les participants sont interrogés sur leur utilisation des services de dépistage et qui comprennent une composante sur la séroprévalence fournissent une indication approximative de la connaissance que les personnes vivant avec le VIH ont de leur statut sérologique. Le pourcentage de participants à l'enquête, séropositifs et qui déclarent avoir effectué un test de dépistage du VIH, fournit une limite supérieure de l'estimation du nombre de personnes

vivant avec le VIH qui connaissent leur statut par rapport à cette infection. Le degré d'exactitude de connaissance du statut sérologique n'est pas aussi élevé que le suggère ce pourcentage: certaines personnes qui ont fait un test VIH ont peut-être fait une séroconversion après avoir effectué un test dont le résultat était négatif. Ceci est solidement documenté dans l'enquête Kenya *AIDS Indicator Survey* (KAIS – Enquête sur les indicateurs concernant le sida au Kenya) réalisée en 2007 (12). L'enquête KAIS est unique dans la mesure où 18 000 adultes âgés de 15 à 64 ans ont été interrogés, des tests VIH sur des prélèvements de sang ont été réalisés et le statut sérologique des participants à l'enquête a été lié à leur perception de leur statut par rapport au VIH. Cette enquête a établi que 56 % des participants à l'enquête qui étaient séropositifs ont déclaré ne pas connaître leur statut par rapport au VIH, soit parce qu'ils n'avaient pas effectué de test de dépistage, soit parce qu'ils n'avaient pas reçu leur résultat; parmi les 44 % restants (participants à l'enquête, séropositifs et qui pensaient

Tableau 2.4. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont déjà effectué un test VIH et reçu le résultat de ce test : enquêtes en population dans les pays, de 2004 à 2009

Pays	Année(s) d'enquête	Femmes (%)	Hommes (%)	Les deux sexes
Bénin	2006	24,9	*	23,5
Cambodge	2005	*	*	42,2
Cameroun	2004	26,1	23,9	25,3
Côte d'Ivoire	2005	13,6	23,6	16,5
Éthiopie	2005	8,4	5,6	7,6
Guinée	2005	5,4	*	5,4
Haïti	2005	30,7	15,6	24,5
Inde	2005–2006	6,8	12,8	1,3
Lesotho	2004	16,8	16,4	16,7
Malawi	2004	13,6	19,7	16,1
Mali	2006	13	*	12,9
Niger	2006	*	*	9,4
Ouganda	2004–2005	23,5	15	20,5
République-Unie de Tanzanie	2003–2004	21,5	20,2	21
Rwanda	2005	40,8	32,3	38
Zimbabwe	2005–2006	26,3	19,3	23,7
Médiane 2003–2006 (n=16)				16,7
Congo	2009	35,2	21,1	30,9
Kenya**	2009	73,5	58,6	68,9
Libéria	2007	8	11,5	9,2
République démocratique du Congo	2007	8,7		10,7
République Dominicaine	2007	72,6		60,7
République-Unie de Tanzanie	2007–2008	43,7	30,8	39
Sao Tomé-et-Principe	2008–2009	*	*	41
Sierra Leone	2008	20,2	*	19,8
Swaziland	2007	44	28,8	38,7
Zambie	2007	45,4	28,3	38,4
Médiane 2007–2009 (n=10)				38,6

Source : Enquêtes démographique et sanitaire (9).

* Dans certains pays, les enquêtes sont menées chez les hommes et chez les femmes de façon séparée et les statistiques ne sont pas disponibles pour les deux sexes combinés.

** Les chiffres indiqués pour le Kenya proviennent de l'Enquête démographique et sanitaire de 2009. Menée deux ans après l'enquête Kenya *AIDS Indicator Survey* mentionnée plus haut, elle s'appuie sur une méthodologie distincte de celle-ci.

connaître leur statut par rapport au VIH), 28 % croyaient à tort être séronégatifs et 16 % seulement connaissaient en fait leur statut séropositif. Cette enquête documente explicitement l'écart existant entre le statut perçu et le statut réel par rapport au VIH. Dans les autres pays, les données disponibles ne permettent pas de mesurer de façon aussi précise la connaissance du statut sérologique chez les personnes vivant avec le VIH. Néanmoins, il est possible de procéder au fil du temps à des comparaisons du pourcentage de participants à une enquête en rapport avec l'infection à VIH et qui déclarent avoir effectué un test VIH. Comparer les informations issues de plusieurs enquêtes au fil du temps peut donner des indications sur les tendances possibles, même si les ensembles de pays comparés ne sont pas les mêmes. Comme on le voit dans le tableau 2.4, la médiane du nombre de personnes séropositives ayant effectué un test avant enquête était de 39 % pour les enquêtes menées de 2007 à 2009, par rapport à 17 % pour les enquêtes menées de 2004 à 2006. Il existe toutefois des variations considérables entre les pays, et, malgré des avancées considérables au cours des dernières années, il est évident que beaucoup reste à faire pour qu'un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.

2.4. Perspectives d'avenir

L'engagement des gouvernements pour que les personnes connaissent mieux leur statut sérologique est démontré par l'existence de politiques nationales favorisant l'élargissement de l'accès au conseil et au dépistage par le biais de différentes approches, notamment le conseil et le dépistage volontaire, le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire, les campagnes de dépistage et les programmes de proximité. Les enquêtes témoignent de l'expansion rapide de l'utilisation du test de dépistage dans différents groupes de population. Les données disponibles soulèvent cependant un certain nombre de questions. Celles-ci renvoient aux disparités potentielles entre les politiques de dépistage et les circonstances rencontrées sur le terrain ; à la meilleure manière d'adapter les interventions aux différents groupes de population ; à la manière d'étendre au mieux les programmes afin de fournir des services de grande qualité et de soutenir l'orientation des personnes vers les services de prévention et de traitement ; aux limites des services de conseil et de dépistage pour aider à identifier les personnes qui en ont besoin et pour faire le lien entre ces personnes et les interventions appropriées de prévention, de prise en charge et de traitement ; aux coûts et aux avantages des différentes manières d'étendre le dépistage.

Pour traiter ces questions, des ressources doivent être mobilisées en vue de rassembler les données qui aideront à améliorer les programmes. De plus, ainsi que le soulignent plusieurs documents de politique et d'orientation produits par l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF (13, 14), une approche à multiples facettes est nécessaire pour ajuster les activités dans les services de dépistage et s'attaquer aux nombreux problèmes liés au dépistage chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent. Il faut aussi produire des conseils et des principes directeurs sur l'utilisation du dépistage dans les populations à risque élevé d'être infectées par le VIH, et sur la meilleure fréquence à laquelle faire et refaire un test, notamment dans les populations générales et chez la femme enceinte. Des documents sont en cours de préparation (15).

D'autres questions urgentes font débat. L'une est de savoir s'il est souhaitable d'encourager ou non les autotests, en particulier à la lumière des données portant sur la prévalence et les caractéristiques de l'autotest chez les agents de santé (16,17). Une autre est de trouver comment appuyer le conseil et le dépistage pour les couples, connaissant les risques considérables de transmission de l'infection à VIH quand l'un des partenaires est séropositif au VIH et l'autre séronégatif et au vu du nombre élevé de couples à relation stable dans cette situation, en particulier en Afrique subsaharienne (18,19). Le débat relatif à la stigmatisation serait facilité si l'on disposait d'informations sur la manière dont les différents groupes de population perçoivent les tests VIH et le statut sérologique, sur les motivations qui poussent à effectuer un test VIH et sur les conséquences de ce test, et sur le fait de savoir si l'extension du dépistage contribue à intégrer le VIH dans la vie de tous les jours et à réduire la stigmatisation qui accompagne souvent cette infection. Une fois disponibles, les résultats de l'étude Multi-country African Testing and Counselling for HIV (MATCH), étude qui compare différents modes de dépistage (conseil et dépistage volontaire, conseil et dépistage à l'initiative du prestataire, à domicile ou lors de campagnes de dépistage) dans différents pays, apporteront des éléments de réponse sur ces différents points.

Un travail supplémentaire consiste à définir des normes de qualité en matière de conseil et de dépistage ; afin de s'assurer que les recommandations sont mises en œuvre de façon à accroître au maximum le bien-être des personnes testées. L'OMS et ses partenaires sont engagés dans un processus de consultation en vue de formuler des recommandations qui guideront les pratiques dans les différentes situations et de définir des indicateurs de qualité pour évaluer les services et améliorer leurs performances dans le cadre des droits humains (20). 

Références

1. 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 en ligne le 27 septembre 2010).
2. 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 2009*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2009.
3. CisD Forum de la Connaissance [site Internet]. *Burkina Faso - Le PAMAC, un modèle de renforcement des capacités des organisations de la société civile au Burkina Faso: le succès du conseil dépistage volontaire du VIH Burkina Faso*. Programme des Nations Unies pour le Développement, 2009 (http://www.impactalliance.org/ev_fr.php?ID=49280_201&ID2=DO_TOPIC, consulté en ligne le 27 septembre 2010).
4. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique [site Internet]. *Know Your Status HIV campaign receives praise for the achievements accomplished in Lesotho*. Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.afro.who.int/en/lesotho/press-materials/323-know-your-status-hiv-campaign-receives-praise-for-the-achievements-accomplished-in-lesotho.html>, consulté en ligne le 27 septembre 2010).
5. SouthAfrica.info [site Internet]. *HIV test challenge to Afrique du Sud*. The International Marketing Council of Afrique du Sud (<http://www.southafrica.info/services/health/hivcampaign-060410.htm>, consulté en ligne le 27 septembre 2010).
6. Aidsmap [site Internet]. *Afrique du Sud to launch mass HIV testing drive in April, to test 15 million in one year*. Publié par NAM, 2010 (<http://www.aidsmap.com/en/news/1494FB3F-1B14-4CBA-B654-766881821A00.asp>, consulté en ligne le 27 septembre 2010).
7. *Evaluation report. The HIV testing and counselling (HTC) week campaigns in Malawi*. Programme national de lutte contre le SIDA et bureau de l'OMS au Malawi, 2009.
8. Hermez J et al. A review of HIV testing and counseling policies and practices in the Eastern Mediterranean Region. *AIDS*, 2010, 24:S25-S32.
9. Demographic and Health Surveys [site Internet]. Calverton, MD, MEASURE DHS, ICF MACRO, 2010 (<http://www.measuredhs.com>, consulté en ligne le 27 septembre 2010).
10. Shisana O et al. *Afrique du Sud national HIV prevalence, incidence, behaviour and communication survey 2008: a turning tide among teenagers?* Cape Town, HSRC Press, 2009.
11. Shisana O et al. *Afrique du Sud national HIV prevalence, HIV incidence, behaviour and communication survey, 2005*. Cape Town, HSRC Press, 2005.
12. République du Kenya, National AIDS Control Council [site Internet]. *Kenya AIDS indicator survey 2007 final report*. National AIDS Control Council, 2007. (http://www.nacc.or.ke/2007/default2.php?active_page_id=247&id=330, consulté en ligne le 27 septembre 2010).
13. *Policy requirements for HIV testing and counselling of infants and young children in health facilities*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599092_eng.pdf, consulté en ligne le 27 septembre 2010).
14. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (ONUSIDA/UNICEF). *Children—the missing face of AIDS: a call to action*. New York, UNICEF, 2005.
15. *Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599115_eng.pdf, consulté en ligne le 27 septembre 2010).
16. Namakhoma I et al. Negotiating multiple barriers: Health workers access to counselling, testing, and treatment in Malawi. *AIDS Care*, 2010, 22: 1, 68-76.
17. Kalibala S et al. Feasibility and acceptability of HIV self testing among health care workers: results of a pilot programme in two hospitals in Kenya. *AIDS 2010 - XVIII International AIDS Conference, Vienna, Autriche; 18-23 July 2010* (Abstract No WEPDC205; <http://www.popcouncil.org/mediacenter/events/2010AIDS/Kalibala.asp>, consulté en ligne le 27 septembre 2010).
18. De Walque D. Sero-discordant couples in five African countries: implications for prevention strategies. *Population and Development Review*, 2007, 33: 501-523.
19. Lurie MN et al. Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS*, 2003, 17:2245-2252.
20. *A handbook for improving HIV testing and counselling services*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (en cours de publication pour la version anglaise, prochainement traduit en français).

3. INTERVENTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ POUR PRÉVENIR L'INFECTION À VIH

Principales conclusions

I. Prévenir l'infection à VIH dans les groupes identifiés comme étant à risque élevé d'être infectés par ce virus

- *Un plus grand nombre de pays ont indiqué mener une surveillance de l'infection à VIH dans des groupes identifiés comme étant à risque élevé d'être infectés par ce virus. Sur les 149 pays à revenu faible ou moyen étudiés, 42 ont indiqué qu'ils menaient une surveillance de l'infection à VIH auprès des usagers de drogue par voie intraveineuse, contre 41 en 2008. Le nombre de pays menant une surveillance de l'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et auprès des professionnel(le)s du sexe a augmenté pour passer respectivement de 44 à 54 et de 65 à 74.*
- *Dans les 27 pays ayant transmis des données pour l'année 2009, le pourcentage médian de consommateurs/trices de drogues injectables que les programmes de prévention sont parvenus à atteindre au cours des 12 mois précédant l'enquête était de 32 %.*
- *La couverture des programmes de réduction des risques est restée faible en 2009. Sur 92 pays ayant transmis des données, 36 disposaient de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et 33 proposaient des thérapies de substitution aux opioïdes. Dans les pays indiquant disposer de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, le nombre de seringues distribuées annuellement à chaque usager de drogue par voie intraveineuse est demeuré inférieur à 200, chiffre représentant le seuil international recommandé par an pour chaque usager de drogue par voie intraveineuse.*
- *Pour les 21 pays ayant transmis des données pour l'année 2009, le pourcentage médian d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes que les programmes de prévention sont parvenus à atteindre au cours des 12 mois précédant l'enquête était de 57 %. Sur le plan régional, la couverture médiane la plus élevée en 2009 a concerné l'Europe et l'Asie centrale, où elle était de 63 %.*
- *Pour les 38 pays ayant transmis des données pour l'année 2009, le pourcentage médian de professionnel(le)s du sexe que les programmes de prévention sont parvenus à atteindre au cours des 12 mois précédant l'enquête était de 58 %. Sur le plan des programmes de prévention, la couverture médiane la plus élevée a concerné l'Amérique latine et les Caraïbes, où elle était de 76 %.*

II. Exemples d'interventions pour prévenir l'infection à VIH dans le secteur de la santé

- *Des avancées supplémentaires ont été obtenues pour l'extension des programmes de circoncision dans 13 pays prioritaires d'Afrique subsaharienne. Jusqu'en janvier 2010, plus de 133 000 circoncisions ont été effectuées dans les six pays ayant transmis des données sur la prestation de ce service.*
- *La charge d'infections sexuellement transmissibles demeure globalement élevée dans la plupart des régions du monde. L'identification et le traitement précoces des infections sexuellement transmissibles constituent un élément fondamental de la lutte contre l'infection à VIH, en particulier chez les personnes ayant de multiples partenaires sexuels.*
- *Le manque de disponibilité en sang et en produits sanguins pour la transfusion, et la garantie de leur innocuité, demeurent un sujet de préoccupation, en particulier dans les pays à revenu faible. En 2009, un dépistage dans des conditions de qualité garantie a été réalisé pour le sang provenant de 99 % des dons dans les pays à revenu élevé et de 85 % dans les pays à revenu moyen, contre seulement 48 % dans les pays à revenu faible.*

En 2008, les deux tiers des 33,4 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde vivaient en Afrique subsaharienne. Dans cette Région, l'épidémie d'infection à VIH se caractérisait dans nombre de pays par des niveaux très élevés de prévalence dans la population générale (1,2), le mode prédominant de propagation du VIH demeurant la transmission hétérosexuelle. Il ressort cependant des données de ces dernières années qu'un nombre considérable d'infections surviennent aussi, par exemple, chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les usagers de drogue par voie intraveineuse (3-6). Presque partout ailleurs dans le monde, l'épidémie affecte plus particulièrement des groupes de population spécifiques à risque élevé d'être infectés par le VIH, comme les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transsexuelles et les consommateurs de drogues par injection (2-5).

Au cours de ces dix dernières années, des avancées considérables ont été obtenues dans de nombreux pays pour améliorer l'accès aux services de traitement et de prévention de l'infection à VIH. Néanmoins, le nombre de nouvelles infections (2,7 millions) était encore supérieur en 2008 au nombre de personnes qui ont commencé un traitement. D'où l'importance de continuer à étendre la couverture de la prise en charge et du traitement, d'élargir l'accès à ces services, et d'améliorer les interventions existantes de prévention de façon à s'assurer qu'elles sont efficaces, pertinentes et appropriées en fonction des populations visées. Il est également crucial d'investir dans de nouvelles approches, dans de nouvelles technologies de prévention et dans l'évaluation des méthodes existantes de prévention pour identifier les interventions les plus rentables et leur donner un ordre de priorité.

En 2010, il est devenu de plus en plus évident que les efforts de prévention ont porté leurs fruits dans de nombreux pays où l'épidémie est généralisée. Une diminution encourageante de la prévalence de l'infection à VIH a été rapportée chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (7). Dans certains pays ayant également transmis des données sur les comportements sexuels, cette baisse de la prévalence a été observée en parallèle à une utilisation accrue du préservatif, à un âge plus avancé pour le premier rapport et à une réduction du nombre de jeunes signalant de multiples partenaires sexuels. De toute évidence, ces fortes tendances à la baisse que connaît la prévalence de l'infection à VIH ne peuvent être attribuées à aucune intervention spécifique de prévention; il est plus probable que de multiples facteurs ont joué un rôle. Il peut s'agir d'un accès élargi aux campagnes d'information, d'éducation et de communication, au conseil et au dépistage du VIH, à l'offre de préservatifs, à l'éducation scolaire concernant le VIH et aux interventions pour inciter à changer de comportement; ces tendances à la baisse peuvent aussi être dues aux efforts entrepris pour réduire la stigmatisation et la discrimination ainsi qu'à un accès accru au traitement. Il est évident que l'interaction de ces facteurs a déterminé les politiques nationales, les normes sociétales et, de plus en plus, les comportements individuels, de sorte que le nombre de jeunes infectés par le VIH diminue.

Les pays où l'épidémie est concentrée sont de plus en plus stratégiques et développent des politiques de prévention cherchant à atténuer les risques là où ils sont les plus élevés (2). Grâce à des efforts de prévention ciblés, un certain nombre de pays où l'épidémie d'infection à VIH est concentrée sont en effet parvenus à réduire la transmission de cette infection (2). De leur côté, les pays où l'épidémie est généralisée commencent eux aussi à mettre en place des actions de prévention pour les groupes à risque élevé d'être infectés par le VIH, même là où l'on pensait que ces populations n'existaient pas ou avaient un effet négligeable sur l'épidémie d'infection à VIH.

Il est également clair que la constance des efforts et des stratégies est cruciale. Les tendances à la baisse de la prévalence de l'infection à VIH imposent de poursuivre les investissements engagés jusqu'à ce jour si l'on veut conserver les acquis obtenus et garantir un impact à long terme.

Dans le secteur de la santé, les interventions prioritaires de prévention s'adressent aux personnes quel que soit leur statut par rapport au VIH (principalement les personnes supposées séronégatives ou qui ne connaissent pas leur statut par rapport au VIH) et aux personnes vivant avec

Encadré 3.1. Interventions pour la prévention de l'infection à VIH dans le secteur de la santé (8)

1. Permettre à chacun de connaître son statut par rapport au VIH

- 1.1 Conseil et dépistage du VIH à l'initiative du client
- 1.2 Conseil et dépistage du VIH à l'initiative du prestataire
- 1.3 Dépistage du VIH chez les donneurs de sang
- 1.4 Services de laboratoire pour le diagnostic de l'infection à VIH

2. Tirer le maximum de la contribution du secteur de la santé à la prévention de l'infection à VIH

- 2.1 Prévention de la transmission sexuelle de l'infection à VIH
 - 2.1.1 Promotion et soutien de l'utilisation du préservatif
 - 2.1.2 Identification et prise en charge des infections sexuellement transmissibles
 - 2.1.3 Conseil sur la sexualité à moindre risque et sur la réduction des risques
 - 2.1.4 Circoncision
 - 2.1.5 Prévention auprès des personnes vivant avec le VIH
 - 2.1.6 Interventions ciblant les populations les plus à risque
 - 2.1.7 Prise en compte spécifique de la prévention de l'infection à VIH chez les jeunes
 - 2.1.8 Prise en compte spécifique de la prévention de l'infection à VIH dans les populations vulnérables
 - 2.1.9 Prophylaxie post-exposition non professionnelle
- 2.2 Interventions pour les usagers de drogue par voie intraveineuse
 - 2.2.1 Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues
 - 2.2.2 Thérapies de substitution aux opioïdes
 - 2.2.3 Information, éducation et communication
- 2.3 Prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson et le jeune enfant
 - 2.3.1 Planification familiale, conseil et contraception
 - 2.3.2 Antirétroviraux pour prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson
 - 2.3.3 Traitement, prise en charge et soutien des femmes vivant avec le VIH, de leurs enfants et de leur famille
 - 2.3.4 Conseil sur l'alimentation du nourrisson et soutien en la matière
- 2.4 Prévention de la transmission du VIH dans les établissements de santé
 - 2.4.1 Sécurité des injections
 - 2.4.2 Sécurité du traitement des déchets
 - 2.4.3 Santé au travail pour les agents de santé
 - 2.4.4 Prophylaxie post-exposition professionnelle
 - 2.4.5 Sécurité transfusionnelle

le VIH (encadré 3.1) (8). Un ensemble d'interventions spécifiques a été proposé pour réduire le risque de transmission de l'infection à VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transsexuelles, les professionnel(le)s du sexe et les détenus

L'utilisation de nouvelles technologies biomédicales de prévention, comme les microbicides et la prophylaxie pré-exposition à base d'antirétroviraux ou de vaccins, pourrait à l'avenir permettre d'augmenter largement la contribution du secteur de la santé à la prévention de l'infection à VIH. La place du traitement antirétroviral dans la prévention de l'infection à VIH est traitée dans le chapitre 4.

Ce chapitre décrit les avancées réalisées dans certains domaines thématiques pour lesquels on dispose de données nouvelles. Il est divisé en trois parties principales. Le sous-chapitre 3.1 présente et examine les données recueillies lors de l'établissement des rapports de 2010 sur l'accès universel et portant plus précisément sur la couverture des programmes de prévention auprès de certains groupes de population à risque élevé d'être infectés par le VIH (les usagers de drogue par voie intraveineuse, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les professionnel(le)s du sexe). Le sous-chapitre 3.2 traite de certaines interventions du secteur de la santé pour la prévention de l'infection à VIH (circoncision, prévention des infections sexuellement transmissibles et sécurité transfusionnelle). Le sous-chapitre 3.3 donne un bref aperçu des nouvelles technologies de prévention. Les données sur le conseil et le dépistage du VIH sont présentées dans le chapitre 2. Les données sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH sont présentées dans le chapitre 5.

Ce rapport ne cherche pas à évaluer dans quelle mesure les actions nationales sont adaptées à la situation épidémiologique, étant donné que les données biologiques et comportementales ne sont pas fournies ici. Les estimations épidémiologiques mondiales sont détaillées dans 2010 *Report on the global AIDS epidemic* (Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida - 2010). On y trouvera aussi des informations supplémentaires sur les interventions de prévention de l'infection à VIH, ainsi qu'une discussion sur les barrières structurelles fondamentales, comme la stigmatisation, la discrimination, la pauvreté et les actes de violence liés à la différence entre les sexes.

3.1. Prévenir l'infection à VIH dans les groupes de population à risque élevé d'être infectés

Ce sous-chapitre présente les données sur l'accès des usagers de drogue par voie intraveineuse, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et des professionnel(le)s du sexe aux programmes de prévention de l'infection à VIH, et sur la couverture de ces programmes pour ces groupes de population. Les données ventilées par le sexe et l'âge n'étant pas systématiquement disponibles, elles ne sont pas fournies ici.

Dans ces groupes de population à risque élevé d'être infectés par le VIH du fait de leur comportement, il peut être complexe de réaliser correctement une surveillance du VIH et des réponses apportées par les programmes (encadré 3.2). Du fait de la stigmatisation, de la discrimination et des lois qui criminalisent ces comportements, ces personnes éprouvent dans de

Encadré 3.2. Situation de la sérosurveillance du VIH dans les pays à revenu faible ou moyen

Pour être efficaces, les mesures de prévention de l'infection à VIH doivent être adaptées aux différents contextes rencontrés sur le terrain et s'appuyer sur une analyse épidémiologique approfondie et sur des données comportementales détaillées. Pour cela, il est nécessaire de poursuivre les investissements dans le développement et le renforcement des systèmes nationaux de surveillance du VIH. L'objectif principal d'un système de surveillance du VIH consiste à suivre les tendances au fil du temps de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH, de la mortalité associée au VIH et des comportements ayant des effets sur la transmission de cette infection, mais aussi d'évaluer la charge d'infection à VIH au niveau des populations et la manière dont elle se répartit géographiquement. Les données produites par les systèmes de surveillance du VIH et analysées en conjonction avec les données produites par le suivi des programmes sur l'accès aux interventions de prévention, de prise en charge et de traitement, ainsi que sur la couverture de ces services, sont essentielles pour évaluer les effets économiques, sanitaires et démographiques de l'épidémie, suivre les résultats des interventions mises en place, estimer les tendances épidémiologiques et améliorer la programmation relative au VIH.

Depuis 2002, l'OMS a régulièrement mené des évaluations sur la qualité des systèmes de surveillance du VIH et produit un indice synthétique qui prend en compte les grands principes d'une surveillance rigoureuse : (i) fréquence de la collecte des données et respect des délais ; (ii) adéquation des populations sous surveillance ; (iii) constance des lieux et des groupes de population mesurés au fil du temps ; et (iv) représentativité des groupes de population ayant effectivement fait l'objet d'une enquête.

Les données fondamentales de surveillance du VIH proviennent des consultations prénatales, des enquêtes en population et des enquêtes auprès des groupes de population à risque élevé d'être infectés par le VIH (tels que les professionnel(le)s du sexe, les usagers de drogue par voie intraveineuse, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les personnes transsexuelles) tant en situation d'épidémie généralisée qu'en situation d'épidémie peu étendue ou concentrée. Ces données sont essentielles pour comprendre les dynamiques épidémiologiques et pour identifier les déterminants de l'épidémie.

Les investissements réalisés dans les pays à ressources limitées pour la création et le renforcement des systèmes de surveillance ont eu des retombées positives (9). Le nombre de pays classés comme ayant un système de surveillance du VIH pleinement opérationnel a diminué, passant de 40 en 2007 à 35 en 2009 (9) ; 47 et 56 autres pays ont respectivement été identifiés comme ayant des systèmes partiellement opérationnels et fonctionnant mal. Du point de vue du nombre d'Enquêtes Démographiques et de santé réalisées, la qualité de la surveillance du VIH demeure relativement stable en 2009 par rapport à 2007. Entre 2001 et 2008, 38 pays ont mené des enquêtes nationales en population avec dépistage du VIH, dont 12 au cours des deux dernières années. Dix pays ont déjà réalisé au moins deux enquêtes nationales avec dépistage du VIH, fournissant des données permettant de déterminer des tendances préliminaires.

Même si les pays ont augmenté le nombre d'enquêtes et si les données sur les groupes de population à risque d'être infectés par le VIH sont plus largement disponibles, les méthodes de surveillance et les outils utilisés manquent de cohérence. Il s'agit là d'un des facteurs majeurs nuisant à la qualité des systèmes dans de nombreux pays et limitant la comparabilité. Il est donc important que les programmes de lutte contre le VIH des pays à revenu faible ou moyen conservent pour objectif de poursuivre le renforcement des systèmes de surveillance, afin d'améliorer non seulement la qualité de cette surveillance mais aussi leur capacité à traduire les informations obtenues en des politiques de santé applicables et rationnelles. Un examen périodique est nécessaire pour s'assurer que les besoins particuliers rencontrés en fonction des différentes dynamiques épidémiologiques existant dans les pays et à l'échelle des régions sont pris en compte de manière appropriée dans les systèmes de surveillance du VIH. Il faut améliorer la cohérence des méthodes et des outils utilisés, ainsi que des groupes de population et des lieux faisant l'objet d'une enquête. Enfin, l'évaluation correcte des tendances nécessite d'améliorer la mesure de l'incidence par la recherche épidémiologique, les taux de prévalence n'étant pas toujours des mesures optimales pour les évaluations longitudinales dans la mesure où ils sont susceptibles d'augmenter du fait de la baisse de la mortalité associée à l'élargissement du traitement antirétroviral.

nombreux pays des difficultés pour solliciter des soins ou avoir accès à des moyens de prévention pour se protéger.

La surveillance épidémiologique dans ces groupes de population est fondamentale pour évaluer l'efficacité et l'impact des programmes de prévention de l'infection à VIH. En 2009, sur les 149 pays à revenu faible ou moyen où une enquête a été menée, 42 ont signalé réaliser une surveillance systématique du VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse, soit un pays de plus que l'année précédente. Cette même année, 54 pays (contre 44 en 2008) ont signalé réaliser une surveillance systématique chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, et 74 (contre 65 en 2008) chez les professionnel(le)s du sexe. Presque tous les pays qui ont déclaré exercer une surveillance de groupes de population

les plus à risque réalisent cette surveillance à la fréquence recommandée de un à trois ans (tableau 3.1). Seuls 35 des 149 pays ont déclaré mener une surveillance dans chacun de ces trois groupes de population. Un certain nombre de pays ont mis en place la déclaration des cas d'infection à VIH. Certains pays touchés par une épidémie d'infection à VIH hautement généralisée concentrent leur surveillance sur les consultations prénatales. Cela prouve que les priorités d'un pays en matière de surveillance du VIH dépendent en grande partie des caractéristiques épidémiologiques locales. Les données de surveillance fournies par les pays et rapportées par l'ONUSIDA et l'OMS en 2009 mettent en avant la nécessité de poursuivre et de renforcer les efforts de collecte des données au niveau des pays (2).

Tableau 3.1. Nombre de pays à revenu faible ou moyen déclarant une surveillance du VIH des populations clés suivant la périodicité recommandée^a, par région, en 2009

Région géographique (nombre de pays ayant fait l'objet d'une enquête)	Groupe de population					
	Nombre de pays menant une surveillance chez les professionnel(le)s du sexe	Nombre de pays avec la périodicité appropriée	Nombre de pays menant une surveillance chez les usagers de drogue par voie intraveineuse	Nombre de pays avec la périodicité appropriée	Nombre de pays menant une surveillance chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	Nombre de pays avec la périodicité appropriée
Afrique du Nord et Moyen-Orient (n = 13)	4	4	2	2	4	4
Afrique subsaharienne (n = 47)	20	18	4	3	6	4
Amérique latine et Caraïbes (n = 29)	17	11	5	3	13	9
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (n = 35)	19	14	14	11	15	13
Europe orientale et Asie centrale (n = 25)	14	14	17	16	16	16
Total (n = 149)	74	61	42	35	54	46

a Pour la surveillance du VIH, la périodicité appropriée se définit par une surveillance réalisée tous les un à trois ans.

Encadré 3.3. Remarque méthodologique sur la qualité et l'interprétation des données

Les données sur les groupes de population à risque élevé d'être infectés par le VIH, compilées et examinées dans ce sous-chapitre, ont été transmises directement par les États Membres à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en 2010. En dépit des efforts considérables menés actuellement pour améliorer les méthodes et les processus de collecte des données, une partie des données fournies par les pays sur la couverture et l'impact des interventions pour les groupes à risque élevé d'être infectés par le VIH proviennent d'enquêtes dans lesquelles les échantillons sont de petites tailles et dans certains cas de sites sentinelles où les méthodes et les tailles d'échantillons utilisées étaient fortement hétérogènes.

Les interprétations des données sur la couverture doivent tenir compte du fait que de nombreuses enquêtes ont été menées dans un petit nombre de zones urbaines et que les résultats ne reflètent pas nécessairement la situation au niveau national. Généralement, les usagers de drogue par voie intraveineuse et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes vivent en plus grand nombre dans les capitales et dans les grandes zones métropolitaines qu'ailleurs dans les pays (2,10). Les professionnel(le)s du sexe se trouvent par ailleurs en proportions plus importantes dans certains lieux spécifiques, à proximité des frontières, des zones minières et le long des voies de transport (10). En conséquence, les estimations de couverture peuvent ne pas être basées sur des estimations représentatives du pays entier et ne pas être comparables entre les pays.

L'absence de transmission des données ne signifie pas que les services sont inexistants, quoique cela soit possible. Le fait qu'une certaine politique soit mise en place n'indique pas le niveau, la portée ou la qualité des services disponibles ou réellement fournis.

Dans ce sous-chapitre, l'analyse ne tient pas compte des enquêtes menées avant 2007 ni de celles basées sur des échantillons de moins de 100 participants. Les chiffres médians sont fournis par région quand cinq pays ou plus de la même région ont transmis des données. Certains indicateurs publiés dans le rapport de situation de 2009 Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé (11), comme ceux concernant l'utilisation récente de préservatifs ou de seringues non contaminées, ne sont pas présentés dans la version de cette année, dans la mesure où ils seront publiés en novembre 2010 dans 2010 Report on the global AIDS epidemic (Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida - 2010).

Le nombre de pays ayant transmis des données sur les indicateurs dont le calcul nécessite des résultats provenant d'enquêtes n'est pas forcément le même que le nombre de pays ayant répondu aux questions concernant l'existence de politiques. Par exemple, alors que 48 pays ont fourni en 2009 des données sur la prévalence de l'infection à VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse, 39 pays seulement ont indiqué avoir une politique pour mener une surveillance du VIH dans ce groupe de population. Ceci peut être imputable au fait que (i) les pays choisissent de transmettre ou non des données sur certains indicateurs; (ii) la prévalence est calculée à partir d'enquêtes qui ne sont pas réalisées par les institutions gouvernementales (ex. enquêtes menées par des universités); et (iii) des enquêtes officielles *ad hoc* sont réalisées en dehors du champ d'application des systèmes formels de surveillance systématique.

3.1.1. Consommateurs de drogue par injection

Pour les usagers de drogue par voie intraveineuse, l'OMS, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et l'ONUSIDA recommandent un ensemble complet de neuf interventions pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH ainsi que pour la prise en charge des malades. Il s'agit des interventions suivantes : (1) programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, (2) thérapies de substitution aux opioïdes (pour les personnes dépendantes aux opioïdes) et autres traitements de la pharmacodépendance, (3) conseil et dépistage du VIH, (4) traitement antirétroviral, (5) prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles, (6) promotion de l'usage du préservatif auprès des usagers de drogue par voie intraveineuse et de leurs partenaires sexuels, (7) information, éducation et communication ciblées, (8) diagnostic et traitement de l'hépatite virale ainsi que la vaccination contre cette infection, et (9) prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose.

Bien que la combinaison des interventions ainsi que leur contenu spécifique dépendent du contexte particulier dans lequel elles sont mises en application, l'accès à des aiguilles stériles et les thérapies de substitution aux opioïdes sont les éléments clés de la réussite pour tout programme visant à réduire les risques et la transmission du VIH associés à la consommation de drogue par injection (12). Pourtant, en dépit de leur importance, rares sont les données sur l'existence de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et sur l'offre de thérapies de substitution aux opioïdes. Au total, 92 pays à revenu faible ou moyen ont transmis des informations sur l'existence de programmes et de politiques ciblant les consommateurs de drogues

par injection (tableau 3.2). Des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et des thérapies de substitution aux opioïdes étaient disponibles dans respectivement 36 et 33 pays. Sur l'ensemble des pays ayant transmis des données, plus de la moitié ont indiqué qu'ils fournissaient un conseil et un dépistage du VIH ciblés ainsi qu'un traitement antirétroviral et un traitement des infections sexuellement transmissibles. Et 46 pays ont signalé disposer de programmes de distribution de préservatifs visant les usagers de drogue par voie intraveineuse et leurs partenaires.

La disponibilité des interventions à destination des usagers de drogue par voie intraveineuse varie énormément entre les régions. Tous les pays d'Europe et d'Asie centrale ayant transmis des données ont indiqué qu'ils disposaient de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et fournissaient des thérapies de substitution aux opioïdes, alors que ces deux interventions n'étaient pas disponibles dans la plupart des pays en Amérique latine et aux Caraïbes, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, ainsi qu'en Afrique subsaharienne. Tous les pays d'Europe et d'Asie centrale ayant transmis des données ont indiqué disposer de programmes de traitement antirétroviral ciblés pour les usagers de drogue par voie intraveineuse.

Au total, 46 pays ont fournis des données sur la prévalence de l'infection à VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse (tableau 3.3) ; celle-ci présente des variations importantes : proche de 0 % en Albanie, au Liban et dans certains autres pays, elle dépasse 50 % en Estonie et en Indonésie. Les consommateurs de drogue les plus jeunes,

Tableau 3.2. Nombre de pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données sur la disponibilité des interventions de prévention, de traitement et de prise en charge pour les usagers de drogue par voie intraveineuse, en 2009

Nombre total de pays ayant fait l'objet d'une enquête n = 149	Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues	Thérapies de substitution aux opioïdes	Autres traitements de la pharmacodépendance	Conseil et dépistage du VIH	Traitement antirétroviral	Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles	Programmes de préservatifs pour les usagers de drogue par voie intraveineuse et leurs partenaires sexuels	Information, éducation et communication ciblées	Diagnostic et traitement de l'hépatite virale; vaccination contre cette infection	Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose
Nombre total de pays ayant transmis des données	91	92	91	92	92	91	91	92	91	91
Nombre de pays ayant transmis des données sur cette intervention	36	33	44	59	58	57	46	57	33	35
Afrique du Nord et Moyen-Orient										
Oui	0	1	2	5	5	5	4	5	4	3
Non	6	5	4	1	1	1	2	1	2	3
Afrique subsaharienne										
Oui	1	2	6	10	9	8	5	7	4	4
Non	29	28	24	20	21	22	25	23	26	26
Amérique latine et Caraïbes										
Oui	3	2	6	9	9	10	6	10	5	6
Non	13	15	11	8	8	7	11	7	12	11
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est										
Oui	13	9	13	17	16	17	14	17	6	11
Non	7	11	7	3	4	3	6	3	14	9
Europe orientale et Asie centrale										
Oui	19	19	17	18	19	17	17	18	14	11
Non	0	0	1	1	0	2	1	1	4	7

Tableau 3.3. Disponibilité de certaines politiques/interventions^a pour les usagers de drogue par voie intraveineuse, et prévalence de l'infection à VIH dans ce groupe de population, dans 46 pays, en 2009^b

Nom du pays	Nombre d'interventions adoptées en tant que politiques	Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues	Thérapies de substitution aux opioïdes	Estimation en pourcentage des usagers de drogue par voie intraveineuse vivant avec le VIH (%)
Afghanistan	8	Oui	Non	7,1
Albanie	8	Oui	Oui	0,0
Argentine	4	Non	Non	11,9
Azerbaïdjan	NR	-	-	10,3
Bangladesh	9	Oui	Non	1,6
Bélarus	10	Oui	Oui	13,7
Bénin	2	Non	Oui	4,2
Bosnie-Herzégovine	8	Oui	Oui	0,4
Brésil	9	Oui	Non	5,9
Bulgarie	NR	-	-	7,5
Cambodge	6	Oui	No	24,4
Chine	10	Oui	Oui	9,3
Estonie	10	Oui	Oui	61,6
Ex-République yougoslave de Macédoine	9	Oui	Oui	0,8
Fédération de Russie	NR	-	-	15,6
Géorgie	NR	-	-	2,2
Guatemala	0	Non	Non	1,6
Inde	9	Oui	Oui	9,2
Indonésie	9	Oui	Oui	52,4
Iran (République islamique d')	NR	-	-	14,3
Kazakhstan	10	Oui	Oui	2,9
Kirghizistan	10	Oui	Oui	14,3
Lettonie	6	Oui	Oui	22,6
Liban	8	Non	Non	0,0
Madagascar	6	Non	Non	1,8
Malaisie	NR	-	-	22,1
Maldives	6	Non	Yes	0,0
Maurice	9	Oui	Oui	47,3
Mexique	NR	-	-	5,0
Monténégro	9	Oui	Oui	0,0
Maroc	NR	-	-	2,1
Myanmar	9	Oui	Oui	36,3
Népal	8	Oui	Yes	20,7
Nigéria	0	Non	Non	5,6
Ouzbékistan	10	Oui	Oui	11,0
Pakistan	NR	-	-	20,8
Philippines	8	Oui	Non	0,2
République de Moldova	6	Oui	Oui	16,4
Roumanie	8	Oui	Oui	1,1
Sainte-Lucie	NR	-	-	6,2
Serbie	10	Oui	Oui	4,8
Tadjikistan	10	Oui	Oui	17,6
Thaïlande	9	Oui	Oui	38,7
Tunisie	6	Non	Oui	3,1
Ukraine	NR	-	-	22,9
Viet Nam	7	Oui	Oui	18,4
Total (Oui)		27	25	
Total (Non)		8	10	

a Les interventions: (i) programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, (ii) thérapies de substitution aux opioïdes (pour les personnes dépendantes aux opioïdes) et (iii) autres traitements de la pharmacodépendance, (iv) conseil et dépistage du VIH, (v) traitement antirétroviral, (vi) prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles, (vii) promotion de l'usage du préservatif auprès des usagers de drogue par voie intraveineuse et de leurs partenaires sexuels, (viii) information, éducation et communication ciblées, (ix) diagnostic et traitement de l'hépatite virale ainsi que la vaccination contre cette infection, et (x) prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose.

Dans ce tableau, les thérapies de substitution aux opioïdes et les autres traitements de la pharmacodépendance comptent pour deux interventions distinctes, faisant passer à dix le nombre total d'interventions recommandées par l'OMS.

b Seulement les pays qui ont transmis des données sur la prévalence de l'infection à VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse.

NR : non renseigné

notamment ceux qui vivent dans la rue, constituent aussi un groupe pour lequel le risque de contracter l'infection à VIH augmente dans de nombreuses parties du monde, notamment en Europe et en Asie centrale où un tiers des nouvelles personnes infectées par le VIH appartiennent au groupe des 15–24 ans (13,14).

Huit pays, dont l'Estonie et l'Indonésie, ont déclaré avoir adopté la totalité des politiques faisant partie de l'ensemble des interventions recommandées. Parmi les pays ayant transmis des données sur la prévalence chez les usagers de drogue par voie intraveineuse, 27 et 25 d'entre eux ont indiqué respectivement disposer de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et offrir des thérapies de substitution aux opioïdes. Cependant, l'adoption de ces deux interventions n'est toujours pas suffisante. En effet, un certain nombre de pays à prévalence relativement élevée de l'infection à VIH ont déclaré n'avoir ni programme d'échange d'aiguilles et de seringues ni thérapies de substitution aux opioïdes. Sept pays ont déclaré une prévalence élevée de l'infection à VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse, mais n'ont pas indiqué leurs politiques de réduction des risques; il est donc aussi nécessaire d'intensifier la collecte des données et les efforts pour établir les rapports.¹

Des données sur le nombre de seringues/d'aiguilles et de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues pour 1000 usagers de drogue par voie intraveineuse ont été transmises par 28 pays; et 22 pays ont transmis des données sur l'accès aux thérapies de substitution aux opioïdes (tableau 3.4). La plupart de ces pays se situaient en Europe orientale et en Asie centrale, ainsi qu'en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est. L'accessibilité à ces interventions reste insuffisante dans les pays qui ont transmis des données. Les niveaux les plus élevés d'adoption de ces interventions ont été signalés en Roumanie et à Maurice, avec respectivement 3,5 et 3,9 sites de programme d'échange d'aiguilles et de seringues pour 1000 usagers de drogue par voie intraveineuse. Cinq pays ont signalé plus de 100 seringues fournies par usager de drogue par voie intraveineuse et par an (Bangladesh, Kazakhstan, Kirghizistan, Tadjikistan et Viet Nam), des résultats très inférieurs à l'objectif international recommandé et susceptible de produire un effet sur l'épidémie d'infection à VIH – c'est-à-dire 200 seringues fournies par usager de drogue par voie intraveineuse et par an (12).²

Des données concernant le pourcentage de

Encadré 3.4. Fournir des services de lutte contre la tuberculose aux usagers de drogue par voie intraveineuse à Tijuana, au Mexique

Dans le but de maximiser l'impact du programme, il est aussi essentiel d'élargir l'accès aux services de lutte antituberculeuse chez les usagers de drogue par voie intraveineuse (27). Dans une cohorte de usagers de drogue par voie intraveineuse recrutée en 2006 et en 2007 à Tijuana au Mexique, la prévalence de base de l'infection à *Mycobacterium tuberculosis* était de 67 % et de 4,0 % pour l'infection à VIH. Quand le test cutané initial de recherche de *Mycobacterium tuberculosis* était négatif, ce même test était répété 18 mois plus tard; une nouvelle infection a été retrouvée chez 67 usagers de drogue par voie intraveineuse (52 %) chez qui le test initial était négatif. Il est donc clair que les usagers de drogue par voie intraveineuse de Tijuana connaissent un risque élevé de nouvelle infection par *Mycobacterium tuberculosis*; et des études antérieures ont démontré qu'ils avaient un risque élevé de progression ultérieure d'une tuberculose latente vers une tuberculose active lorsqu'ils sont également infectés par le VIH (28). Ces résultats soulignent la nécessité d'un dépistage systématique du VIH et de la tuberculose chez les usagers de drogue par voie intraveineuse. La fourniture précoce d'un traitement antirétroviral et d'un traitement préventif par l'isoniazide chez ceux qui vivent avec le VIH aide à prévenir la tuberculose et à faire diminuer la mortalité associée au VIH. Les usagers de drogue par voie intraveineuse vivant avec le VIH et chez qui un diagnostic de tuberculose est posé ont également besoin d'un traitement antirétroviral immédiat. Enfin, il est nécessaire d'intervenir pour l'éducation des usagers de drogue par voie intraveineuse, afin de les sensibiliser à la tuberculose et de les inciter à consulter en cas de survenue de symptômes (29).

consommateurs/trices de drogues injectables que les programmes de prévention sont parvenus à atteindre au cours des 12 derniers mois ont été fournies par 27 pays.³ La couverture médiane était de 32 %, avec huit pays signalant des niveaux supérieurs à 50 % (tableau 3.4). Tout en étant encourageants, ces chiffres doivent être interprétés parallèlement aux données sur la disponibilité et l'accessibilité, comme indiqué plus haut. Aucune comparaison longitudinale n'a pu être faite entre les données de 2008 et celles de 2009 en raison du faible nombre de pays ayant transmis des données en 2008.

Selon l'examen des politiques mondiales mené par l'International Harm Reduction Association (IRHA – Association internationale de réduction des risques) (15), 93 pays et territoires disposent de politiques explicites d'appui à la réduction des risques.⁴ Des programmes

¹ Les écarts entre le nombre de pays ayant transmis des données sur l'existence d'une intervention particulière et le nombre de pays ayant transmis des données sur l'utilisation de cette même intervention suggèrent un certain nombre de problèmes concernant les indicateurs sur la réduction des risques dans l'établissement des rapports. Dans le cycle d'établissement des rapports pour l'année 2010, bien que respectivement 32 et 30 pays à revenu faible ou moyen aient transmis des données sur leurs politiques de soutien aux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et aux thérapies de substitution aux opioïdes, seulement 25 et 20 pays ont respectivement donné des informations sur les indicateurs correspondants à la disponibilité de ces programmes. Il est à noter que 27 pays supplémentaires ont fourni un numérateur pour ces indicateurs, suggérant l'existence de politiques favorables aux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ainsi qu'aux thérapies de substitution aux opioïdes, sans avoir formellement signalé leur existence.

² Les objectifs chiffrés recommandés pour les autres interventions se trouvent dans le *Guide technique de l'OMS, l'ONUSIDA, l'ONUSIDA destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida*, publié en 2009 par l'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUSIDA (12).

³ Indicateur 9 de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, portant sur le pourcentage de consommateurs/trices de drogues injectables que les programmes de prévention sont parvenus à atteindre au cours des 12 derniers mois. Les questions suivantes ont été posées aux participants à l'enquête: (1) Savez-vous où vous rendre si vous souhaitez effectuer un test de dépistage du VIH? (2) Avez-vous reçu des préservatifs au cours des 12 derniers mois (par exemple par le biais d'un service de proximité, d'un centre de consultation sans rendez-vous ou d'une consultation de santé sexuelle)? (3) Avez-vous reçu des aiguilles et des seringues stériles au cours des 12 derniers mois (par exemple d'un travailleur de proximité, d'un éducateur par les pairs ou par le biais d'un programme d'échange d'aiguilles)? Pour cet indicateur, le numérateur est le nombre de participants à l'enquête qui répondent « oui » à l'ensemble des trois questions et le dénominateur est le nombre total de participants à l'enquête.

⁴ Les écarts entre les chiffres compilés par l'IRHA et les données transmises par les pays à l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF s'expliquent en partie par les champs couverts par les enquêtes respectives. L'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF se concentrent sur les pays à revenu faible ou moyen, tandis que l'IRHA propose une vue d'ensemble et rapporte également les données provenant des pays à revenu élevé. De plus, il se peut que les services de réduction des risques dispensés par les organisations non gouvernementales ne soient pas entièrement reflétés dans les processus officiels d'établissement des rapports des gouvernements.

Tableau 3.4. Disponibilité et couverture des programmes de réduction des risques pour les usagers de drogue par voie intraveineuse dans les pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données, par région, entre 2007 et 2009

Pays	Nombre de sites ciblés où des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues sont menés, pour 1000 consommateurs/trices de drogues injectables	Nombre de sites ciblés où les traitements de substitution aux opiacés sont disponibles, pour 1000 consommateurs/trices de drogues injectables	Seringues/aiguilles distribuées par les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues par usager de drogue par voie intraveineuse et par an	Usagers de drogue par voie intraveineuse ayant bénéficié des programmes de prévention de l'infection à VIH au cours des 12 derniers mois ^a		
				Nombre de participants à l'enquête qui ont répondu « oui » à l'ensemble des trois questions	Nombre total de participants à l'enquête	Pourcentage de consommateurs/trices de drogues injectables que les programmes de prévention sont parvenus à atteindre (%)
Nombre de pays ayant transmis des données	28	22	27	27		
Médiane pour la totalité des pays ayant transmis des données	1,4	0,4	44,4			32
Afrique subsaharienne						
Maurice	3,9	1,6	44,4			
Nigéria				410	690	59,4
Amérique latine et Caraïbes						
Brésil	1,07			1 349	3 415	39,5
Mexique	0,4	0,5	2,6	87	431	20,2
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est						
Afghanistan	1,3		20,2	92	549	16,8
Bangladesh	2,7	0,0	161,4	20	1 196	1,7
Cambodge	1,0		51,0			
Chine	1,7	1,2	23,2	10 095	26 191	39,0
Inde	1,5	0,3	81,0	71	479	14,8
Indonésie	1,1	0,2	8,3	609	1 404	43,4
Malaisie	1,4	0,95	14,7	47	630	7,5
Myanmar	0,6	0,1	671	477	908	52,5
Népal	1,5	0,1	53,2	... ^b	... ^b	56,9
Pakistan				1 512	2 979	50,8
Philippines	0,2		1,7	110	958	11,5
Viet Nam	1,5	0,04	124,4	465	3 021	15,4
Médiane régionale	1,4	0,15	51,0			16,8
Europe orientale et Asie centrale						
Arménie	0,8	0,2	10,6			
Azerbaïdjan				17	1 000	1,7
Bélarus	0,6	0,0	21,9	1 041	1 636	63,6
Bosnie-Herzégovine	0,9	0,6	12,8	95	261	32,1 ^c
Bulgarie				713	1 360	52,4
Ex-République yougoslave de Macédoine	1,5	1,1	50,0			
Fédération de Russie				56	411	13,6
Géorgie				129	1 127	11,4
Hongrie	0,04					
Kazakhstan	1,4	0,0	164,9	2 913	4 860	59,9
Kirghizistan	1,8	0,7	100,4	346	900	38,4
Lettonie	0,8	0,1	12,9			
Lituanie	2,3	0,9	26,2			
Ouzbékistan	2,9		18,2	1 400	4 098	34,2
République de Moldova	0,8	0,3	64,4	42	328	7,4 ^c
Roumanie	3,5	0,7	95,8			
Serbie		0,8	14,0	66	320	20,6
Tadjikistan	1,9		111,0	861	1 355	63,5
Ukraine	4,6	0,5	49,5	2 041	6 460	31,6
Médiane régionale	1,5	0,55	37,9			32,1

a Indicateur 9 de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, portant sur le pourcentage de consommateurs/trices de drogues injectables que les programmes de prévention sont parvenus à atteindre au cours des 12 derniers mois. Les questions suivantes ont été posées aux participants à l'enquête: (1) Savez-vous où vous rendre si vous souhaitez effectuer un test de dépistage du VIH ? (2) Avez-vous reçu des préservatifs au cours des 12 derniers mois (par exemple par le biais d'un service de proximité, d'un centre de consultation sans rendez-vous ou d'une consultation de santé sexuelle) ? (3) Avez-vous reçu des aiguilles et des seringues stériles au cours des 12 derniers mois (par exemple d'un travailleur de proximité, d'un éducateur par les pairs ou par le biais d'un programme d'échange d'aiguilles) ? Pour cet indicateur, le numérateur est le nombre de participants à l'enquête qui répondent « oui » à l'ensemble des trois questions et le dénominateur est le nombre total de participants à l'enquête.

b À Katmandou, les estimations de pourcentage des usagers de drogue par voie intraveineuse utilisent l'outil *respondent-driven sampling analysis tool* (RDSAT – outil d'échantillonnage déterminé selon les répondants), de sorte que le numérateur et le dénominateur ne peuvent être reportés.

c Le pourcentage a fait l'objet d'un ajustement statistique, en utilisant le plus souvent la méthode *respondent-driven sampling method* (méthode d'échantillonnage déterminé selon les répondants).

d'échange d'aiguilles et de seringues ont été signalés par 82 d'entre eux; 70 fournissent des thérapies de substitution aux opioïdes; et 60 proposent les deux interventions, soit environ le double des chiffres compilés à partir des renseignements fournis par les pays à travers le processus actuel d'établissement des rapports (16). Au niveau mondial, le traitement antirétroviral était disponible pour quatre usagers de drogue par voie intraveineuse sur 100, avec une fourchette régionale allant de 1 à 89 pour 100 usagers de drogue par voie intraveineuse (17).

Les efforts pour accroître la disponibilité et la couverture des programmes de prévention chez les usagers de drogue par voie intraveineuse sont souvent réduits à néant par les approches punissant la consommation de drogue. En effet, 32 pays et territoires appliquent toujours la peine de mort pour les délits liés au trafic de drogue, lesquels peuvent concerner la consommation et/ou la possession illicite de drogue; et au moins 12 d'entre eux ont procédé à une exécution pour des délits de ce type au cours des trois dernières années. Criminaliser la consommation de drogue et ne pas reconnaître les toxicomanies comme des maladies graves sont d'importants facteurs qui empêchent les usagers de drogue par voie intraveineuse d'accéder aux principales interventions anti-VIH (16).

L'OMS et l'ONUDC excluent de leurs recommandations le traitement pharmacologique assisté au plan psychosocial

(18). Pourtant, des analyses récentes sur l'obligation de soins suggèrent que le nombre de usagers de drogue par voie intraveineuse détenus administrativement ou légalement afin de suivre un traitement pourrait atteindre plusieurs centaines de milliers, et que les thérapies de substitution aux opioïdes ne sont accessibles qu'à une petite partie des détenus dépendants aux opioïdes (tableau 3.5) (19).

Pour maximiser les bénéfices apportés par les programmes anti-VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse, un certain nombre de questions de politique doivent être résolues. Un domaine où le risque observé est constant concerne les rapports sexuels non protégés chez les consommateurs de drogues par injection et leurs partenaires. Les données de 2006 à 2008 provenant de certaines villes Asiatiques montrent qu'un grand nombre de usagers de drogue par voie intraveineuse achètent des services sexuels et que la plupart d'entre eux n'utilisent pas de préservatifs (20). L'usage régulier du préservatif avec les partenaires réguliers est faible (Indonésie: 5-18 %; Inde 0-18 %, Chennai 21 %) (10). Une étude spécifique menée en 2009 à Chennai, en Inde, a constaté une prévalence de l'infection à VIH de 2,5 % chez les époux/épouses de tous les usagers de drogue par voie intraveineuse, contre une prévalence générale de 0,25 % dans la population. La prévalence de l'infection à VIH était de 10,3 % chez les usagers de drogue par voie intraveineuse (21).

Tableau 3.5. Pays où il existe une obligation de soins et nombre de personnes recevant un traitement

Pays	Nature des « soins obligatoires » mis en œuvre	Nombre de personnes détenues (sur 12 mois)	Nombre de personnes détenues à un moment donné	Nombre de personnes en thérapie de substitution aux opioïdes à un moment donné	Nombre de personnes recevant un traitement non spécifié de la toxicomanie
Brunéi Darussalam	1 centre de réhabilitation obligatoire pour usagers de drogue	Inconnu (D)	Inconnu (D)	0 (D)	-
Cambodge	14 camps obligatoires	1505-1719 (C)	Inconnu (C)	0 (A)	Inconnu (B)
Chine	700 centres de désintoxication obligatoire, 300 camps de rééducation par le travail	300 000 (D)	Inconnu (D)	94 973 (B)	Inconnu (C)
Iran (République islamique d')	Centres temporaires de réhabilitation obligatoire pour usagers de drogue - leur existence a été signalée mais leur nombre est inconnu	Inconnu (A)	Inconnu (A)	108 000 ^a (B)	231 101 (C)
Malaisie	28 centres de traitement médicamenteux obligatoire de la toxicomanie	Inconnu (A)	6848 (A)	4135 (C)-6538 (B)	1685 (F)
Myanmar	26 grands et 40 petits centres de traitement obligatoire	1492 (E)	Inconnu (E)	500 (A)	Inconnu
République démocratique populaire lao	7 centres de réhabilitation obligatoire pour usagers de drogue impliquant la désintoxication	Inconnu (B)	833 (B)	0 (A)	3500 (E)
Thaïlande	90 sites de réhabilitation obligatoire	40 680 (B)	Inconnu (B)	4150-4696 ^a (B)	Inconnu (F)
Turkménistan	1 site d'internement obligatoire	6546 (D)	Inconnu (D)	0 (A)	16 513 (B)
Viet Nam	109 centres d'internement suite à une demande de la famille ou de la communauté, ou suite à une arrestation pour possession de drogue	Inconnu (B)	> 60 000 (B)	1484 (A)	Inconnu (A)

Année de collecte des données: (A)=2009; (B)=2008; (C)=2007; (D)=2006; (E)=2005; (F)=2004; (G)=2003; (H)= 2002.

a Nombre de clients sur une période de 12 mois. Le nombre de clients recevant d'autres formes de traitement de la toxicomanie est sous-estimé; même si de multiples interventions ont souvent été signalées, le nombre de clients pour chaque forme de traitement était rarement communiqué.

Source: reproduit et adapté avec la permission de Mathers BM et al. [webappendix 10] (16).

Encadré 3.5. Adoption du traitement de soutien par la méthadone au Cambodge

Les thérapies de substitution aux opioïdes constituent un élément clé des programmes de réduction des risques pour lutter contre le VIH et les autres agents pathogènes véhiculés par le sang, et pour traiter la dépendance aux opioïdes. Le traitement de soutien par la méthadone est l'approche la plus fréquemment utilisée. En prenant de la méthadone, les personnes qui sont dépendantes à l'héroïne ou à d'autres opioïdes peuvent réduire ou éliminer leur consommation d'héroïne, et par là mettre fin à leurs comportements d'usage de drogues injectables et d'exposition à l'infection à VIH par le partage d'aiguilles/de seringues contaminées et par des pratiques sexuelles à risque lorsqu'elles sont sous l'influence de ces produits. Les thérapies de substitution aux opioïdes comportent d'autres avantages, dont la normalisation du mode de vie et un meilleur fonctionnement social.

Au Cambodge, la prestation de services de thérapies de substitution aux opioïdes a commencé le 1er juillet 2010 pour 40 personnes. Celles-ci ont reçu des doses quotidiennes de méthadone pendant les six premières semaines après l'ouverture de ce service de consultation. Avec l'aide de l'OMS, le Secrétariat Général de l'Autorité nationale de lutte contre les toxicomanies et le Ministère de la Santé ont développé un plan complet de mise en place du traitement qui fournira de la méthadone à 100 clients au cours de la première année du programme-pilote. Le programme assurera les liens nécessaires pour que les personnes qui suivent un traitement de soutien par la méthadone aient accès à toute la gamme des autres services de santé comprenant la prise en charge globale de l'infection à VIH et du sida, qui inclut la prévention, le traitement, les soins, la lutte contre la tuberculose et l'appui à la santé mentale.

Le programme a été élaboré avec le soutien de partenaires internationaux regroupant le Bureau australien d'Aide au Développement international (AusAID), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (SIDA). Il met l'accent sur le soutien aux femmes dépendantes aux opioïdes et crée des liens entre le service de consultation du traitement de soutien par la méthadone et des services offrant des opportunités de développement socio-économique dans la communauté, par le biais d'initiatives d'un certain nombre d'organisations non gouvernementales et du secteur privé visant à assister les personnes à faire face à de nouvelles pressions et prévenir les rechutes de consommation d'opiacées.

La fourniture de méthadone est la première étape dans le développement, par le Ministère de la Santé et les partenaires de la société civile au Cambodge, d'un ensemble d'interventions reposant sur des bases factuelles pour le traitement de la pharmacodépendance.

La superposition de la consommation de drogue par injection et du commerce du sexe a été beaucoup moins étudiée. Au Viet Nam, l'infection à VIH chez les professionnel(le)s du sexe était étroitement liée à la consommation de drogue par injection : les chances d'être infecté par le VIH étaient 3,5 à 31 fois plus élevées chez les professionnel(le)s du sexe consommant des drogues injectables que chez ceux/celles qui n'en consommaient pas. Parmi les professionnel(le)s du sexe travaillant dans la rue à Hai Phong, seulement 3 % de ceux/celles sans antécédents d'usage de drogues injectables étaient infectés par le VIH comparés à 55 % chez ceux/celles qui avaient déjà utilisé des drogues injectables (22).

Dans de nombreux pays, les consommateurs de drogue par injection continuent à être mal desservis par les programmes de traitement, une déficience qui met en péril leur bien-être et les résultats escomptés en termes de prévention. Il faut parvenir à mieux intégrer les services de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH dans les programmes de lutte contre les toxicomanies afin de garantir que les usagers de drogue par voie intraveineuse ne soient pas sujets à la stigmatisation quand ils cherchent à accéder à l'ensemble des services anti-VIH, y compris au traitement antirétroviral (23). Bien que certaines analyses aient pointé la difficulté de fournir aux usagers de drogue par voie intraveineuse un accès au traitement antirétroviral du fait de problèmes de coût et de disponibilité, des études répétées montrent que le traitement antirétroviral est tout aussi efficace pour réduire la charge virale chez les usagers de drogue par voie intraveineuse que dans la population générale (24–26).

3.1.2. Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes continuent à être affectés de façon disproportionnée par l'épidémie d'infection à VIH. Les

mesures essentielles de prévention de l'infection à VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes comprennent l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants à base d'eau, et l'usage correct et régulier de préservatifs. Des services de grande qualité en rapport avec l'infection à VIH doivent être mis à leur disposition, ainsi que des informations spécifiques et ciblées sur les stratégies de prévention et de réduction des risques pour répondre à leurs besoins. Pour améliorer l'efficacité et l'impact du programme, l'OMS, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et l'ONUSIDA, ainsi que d'autres parties prenantes, développent actuellement un ensemble complet d'activités de prévention de l'infection à VIH à l'intention des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

Pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de prévention, de traitement et de prise en charge pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, des interventions structurelles pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination doivent venir compléter les interventions du secteur de la santé. Dans de nombreux pays, la criminalisation des relations homosexuelles continue à faire obstacle aux interventions pour prévenir la transmission du VIH. Les relations homosexuelles entre adultes consentants sont une infraction dans plus de 80 pays dans le monde, dont 37 pays d'Afrique (30,31). Dans ces pays, l'accès aux services de prévention est souvent insuffisant, et aucune surveillance et aucun suivi ne sont réalisés.

L'impact négatif sur les efforts de prévention est évident : une étude récente au Cameroun a montré que les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et qui n'ont pas accès aux interventions de prévention avaient plus de chances d'avoir des rapports anaux non protégés, les rendant plus vulnérables à l'infection à VIH (32).

Tableau 3.6. Couverture des programmes de prévention de l'infection à VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (en 2009),^a et pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et vivant avec le VIH (entre 2007 et 2009) dans les pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données

	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont bénéficié des programmes de prévention au cours des 12 derniers mois ^b			Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont été testés séropositifs au VIH		
	Nombre de participants à l'enquête qui ont répondu « oui » aux deux questions	Nombre total de participants à l'enquête	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes que les programmes de prévention sont parvenus à atteindre (%)	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont été testés séropositifs au VIH	Nombre total de participants à l'enquête qui ont effectué un test VIH	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont été testés séropositifs au VIH (%)
	2009			Entre 2007 et 2009		
Nombre de pays ayant transmis des données	21			33		
Médiane pour la totalité des pays ayant transmis des données			57			
Afrique subsaharienne						
Nigéria				109	810	13.5
Sénégal				109	500	21.8
Togo	287	630	46			
Amérique latine et Caraïbes						
Bolivie				108	796	13.6
Brésil	1 351	3 617	37	420	3 340	12.6
Chili	269	471	57	95	469	20.3
Costa Rica	200	311	64	38	300	12.7
Cuba ^d	232 141	251 529	92	1 105	154 572	0.7
El Salvador	506	764	58 ^e	94	699	13.4
Guatemala				55	300	18.3
Honduras				37	588	6.3
Mexique	365	958	38	339	3 331	10.2
Médiane régionale	...	...	58	...	...	...
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est						
Bangladesh				0	399	0.0
Chine	4 741	6 315	75	1 020	20 266	5.0
Inde ^c	95	524	18	1 067	14 623	7.3
Indonésie				39	746	5.2
Maldives				0	126	0.0
Mongolie	148	192	77	3	167	1.8
Myanmar	380	550	69	115	400	28.8
Népal	309	400	77	15	400	3.8
Papouasie-Nouvelle-Guinée	31	300	10	5	115	4.3
Philippines	1 278	4 367	29	45	4 542	1.0
Sri Lanka				2	411	0.5
Viet Nam	382	1 593	24	266	1 592	16.7
Médiane régionale	...	...	49	...	...	...
Europe et Asie centrale						
Azerbaïdjan				1	100	1.0
Bélarus	345	407	85	4	146	2.7
Bulgarie				15	452	3.3
Géorgie				5	140	3.6
Kazakhstan	600	880	68	3	880	0.3
Ouzbékistan	49	118	42	8	118	6.8
Roumanie				15	344	4.4
Serbie	34	246	14	15	245	6.1
Ukraine	1 451	2 300	63	197	2 300	8.6
Médiane régionale	...	...	63	...	...	...
Moyen-Orient et Afrique du Nord						
Tunisie	622	1 171	53	57	1 178	4.8

a Les données 2007-2008 sur la couverture sont disponibles en ligne (en anglais) sur <http://www.who.int/hiv/data/en>.

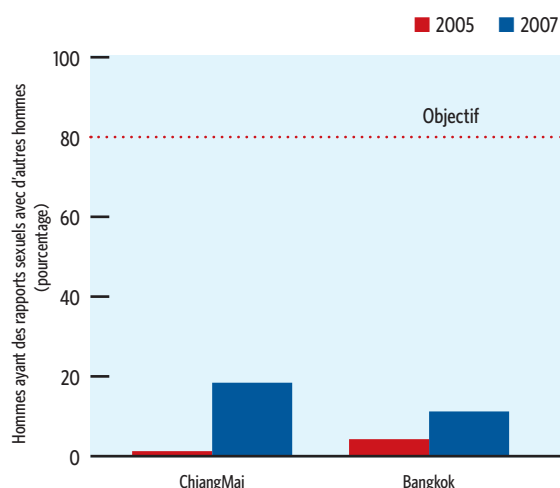
b Indicateur 9 de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, portant sur le pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes que les programmes de prévention sont parvenus à atteindre au cours des 12 derniers mois. Les questions suivantes ont été posées aux participants à l'enquête: (1) Savez-vous où vous rendre si vous souhaitez effectuer un test de dépistage du VIH ? (2) Avez-vous reçu des préservatifs au cours des 12 derniers mois (par exemple par le biais d'un service de proximité, d'un centre de consultation sans rendez-vous ou d'une consultation de santé sexuelle) ? Pour cet indicateur, le numérateur est le nombre de participants à l'enquête qui répondent « oui » aux deux questions et le dénominateur est le nombre total de participants à l'enquête.

c Les valeurs extrêmes sont exclues pour le calcul de la médiane.

d Il s'agit du total cumulé de participants à l'enquête entre 2007 et 2009 qui étaient des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

e Le pourcentage a fait l'objet d'un ajustement statistique, en utilisant la plupart du temps la méthode *respondent-driven sampling method* (outil d'échantillonnage déterminé selon les répondants).

Figure 3.1. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ayant bénéficié d'un ensemble minimum de services à Bangkok et Chiang Mai en Thaïlande, en 2005 et en 2007 (10)



Source : Ministère de la Santé publique de Thaïlande - en collaboration avec les CDC des États-Unis d'Amérique, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est, 2009.

trois villes de Thaïlande auprès de 827 jeunes hommes sexuellement actifs ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes a récemment montré une utilisation irrégulière du préservatif¹ dans ce groupe (46,7 %), ainsi que chez les hommes professionnels du sexe (34,9 %) et chez les personnes transsexuelles (52,3 %) (34). L'accès à un ensemble minimum de services pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes demeure limité malgré les données montrant des comportements à risque élevé (figure 3.1).

Vingt-et-un pays ont fourni des données sur le pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes que les programmes de prévention sont parvenus à atteindre au cours des 12 mois précédant l'enquête ; la médiane globale était de 57 %. Sur le plan des régions, la couverture médiane la plus élevée était en Europe et en Asie centrale (63 %) en 2009 ; elle atteignait 58 % en Amérique latine et aux Caraïbes et 49 % en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (tableau 3.6). Des données sur la prévalence de l'infection à VIH ont été transmises par 33 pays, sur la base d'échantillons provenant d'enquêtes réalisées entre 2007 et 2009. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, le taux de prévalence de l'infection à VIH était compris entre 10 % et 20 % dans 12 pays ayant transmis des données et dépassait 20 % dans trois autres de ces pays.

Les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont un risque élevé d'être infectés par le VIH. En Thaïlande par exemple, l'estimation de la prévalence de l'infection à VIH chez les jeunes hommes âgés de 15 à 22 ans ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes a augmenté de 4,1 % en 2003 à 6,4 % en 2005 et 7,7 % en 2007 (33). De plus, une étude menée dans

Même si l'importance de la transmission du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes a été bien documentée dans toutes les régions géographiques et pour toutes les situations épidémiologiques, la riposte des pays demeure encore largement insuffisante. Pour pallier

¹ Se définit comme n'ayant pas toujours utilisé un préservatif lors d'un rapport anal avec un homme au cours des trois derniers mois.

Encadré 3.6. Infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en Afrique

Jusqu'à récemment, on ne disposait que de données limitées sur les dynamiques de l'épidémie d'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en Afrique. Les travaux de recherche publiés au cours des deux dernières années ont toutefois apporté une quantité considérable d'informations dans ce domaine (3). Deux études récentes portant sur la situation des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en Ouganda et au Kenya ont soulevé d'autres questions importantes en vue d'une meilleure gestion des programmes dans la région.

L'épidémie généralisée d'infection à VIH en Ouganda a été bien décrite, avec une prévalence de l'infection à VIH de 5 % chez l'homme adulte (35) ; mais il était rare de disposer de données sur l'épidémie chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. À Kampala, un taux de prévalence de l'infection à VIH de 13,7 % a été retrouvé dans un échantillon de 303 hommes âgés de 18 ans ou plus ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et déclarant un rapport sexuel anal avec un autre homme au cours des trois derniers mois (36). Un écart d'âge important a toutefois été observé : la prévalence était beaucoup plus élevée (22,4 %) chez les hommes de 25 ans ou plus ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes que chez ceux plus jeunes âgés de 18 à 24 ans (3,9 %). La connaissance des risques associés à l'infection à VIH était très insuffisante et l'utilisation du préservatif très limitée quel que soit le type de partenaires. De plus, l'existence d'une infection à VIH était associée à différents types d'abus.

À Mombasa, les premières études ont retrouvé une prévalence de l'infection à VIH de 21 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et qui étaient également professionnels du sexe (37). Une étude ultérieure menée dans le même milieu a également souligné l'importance de ne pas omettre de prendre en compte les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en situation d'épidémie généralisée en Afrique. Quatre-vingt-trois hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et qui étaient également professionnels du sexe ont totalisé 1014 partenaires, parmi lesquels 215 femmes (17 %). Sur les 43 partenaires féminines récentes, 35 (81 %) n'étaient pas mariées ; et sur les huit (19 %) femmes mariées, trois d'entre elles étaient les épouses d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et qui étaient aussi des professionnels du sexe. Cent quarante-quatre femmes (67 %) avaient payé un professionnel du sexe pour un service sexuel, lequel était un homme ayant eu des rapports sexuels avec d'autres hommes, tandis que 39 femmes (18 %) avaient été payées pour un service sexuel par un homme qui a des rapports sexuels avec d'autres hommes et qui était aussi un professionnel du sexe. Bien que la plupart des partenaires sexuels de ces derniers soient des hommes, les rapports sexuels avec les femmes locales sont fréquents, généralement payants et souvent non protégés. Les interventions ciblant la réduction des risques chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes devront être étendues pour prendre en compte les interactions de ce groupe d'hommes avec les femmes. Sous certaines conditions, certaines communautés pourraient aussi tirer avantage des interventions ciblant les clientes des professionnels du sexe lorsque ceux-ci sont des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (37,38).

à cette carence dans les pays à revenu faible ou moyen, il faut rapidement étendre la couverture et améliorer la qualité des interventions ciblées, et continuer à plaider pour inclure les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en tant que population sentinelle dans les systèmes existants de suivi des programmes de lutte contre le VIH.

3.1.3. Professionnel(le)s du sexe

Les professionnel(le)s du sexe figurent encore parmi les groupes les plus lourdement affectés par l'épidémie. Les infections sexuellement transmissibles et l'infection à VIH se maintiennent à des niveaux élevés chez les professionnel(le)s du sexe, ce qui souligne l'importance d'élargir l'accès aux interventions et d'accroître leur utilisation pour ce groupe de population et leurs clients (10,39,40). Des interventions efficaces pour les professionnel(le)s du sexe doivent faire partie intégrante des stratégies englobant tous les aspects de la prévention de l'infection à VIH. Il existe une large expérience mondiale de la prévention de l'infection à VIH chez les professionnel(le)s du sexe, et un ensemble minimum d'interventions efficaces avérées a été défini (8). Dans des pays comme le Bénin, la Thaïlande et le Cambodge, l'utilisation à grande échelle de préservatifs

par les professionnel(le)s du sexe et leurs clients a probablement contribué au ralentissement de l'épidémie d'infection à VIH (10, 41).

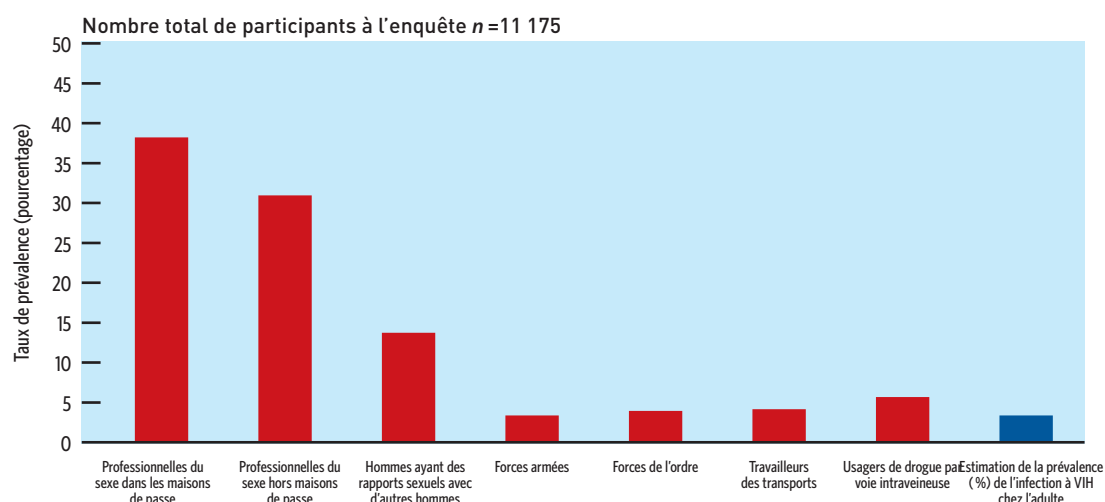
Malgré leur efficacité, la plupart des interventions chez les professionnel(le)s du sexe n'ont eu toutefois qu'un impact modeste sur les dynamiques de transmission de l'infection à VIH dans la plupart des pays, pour la simple raison qu'elles sont souvent mises en œuvre sur une échelle petite ou insuffisante, empêchant la majorité des professionnel(le)s du sexe qui en ont besoin d'y avoir accès de manière adéquate. Le défi majeur à relever pour prévenir l'infection à VIH chez les professionnel(le)s du sexe est de s'attaquer à ce « déficit de prévention » (42).

Chez les professionnel(le) du sexe, les principales mesures de prévention de l'infection à VIH comprennent l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants à base d'eau ainsi que l'assurance d'un usage correct et régulier du préservatif. Des services de bonne qualité associés au VIH doivent être mis à disposition dans le cadre des programmes visant à améliorer la couverture des interventions impliquant les professionnel(le)s du sexe, les propriétaires de maisons closes, les responsables de la santé publique, les forces

Encadré 3.7. Surveillance du VIH dans les principaux groupes de population à risque élevé au Nigéria

Afin d'améliorer la planification des programmes de lutte contre le VIH pour les groupes de population à risque élevé, des enquêtes comportementales ont été menées en 2007 auprès des professionnelles du sexe travaillant dans ou en dehors des maisons de passe, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, des usagers de drogue par voie intraveineuse, des travailleurs des transports, des hommes et des femmes des forces de l'ordre et des forces armées. Pour la première fois, le test de dépistage du VIH a été inclus dans ces enquêtes. Les taux de prévalence de l'infection à VIH les plus élevés ont été retrouvés chez les professionnelles du sexe travaillant dans des maisons de passe (37 %) ou en dehors (30 %). La prévalence de l'infection à VIH était moins élevée parmi les forces armées (3,1 %) et les travailleurs des transports (3,7 %), et similaire au taux de prévalence de l'infection à VIH chez l'adulte au niveau national, estimé à 3,1 %.

Figure 3.2. Taux de prévalence de l'infection à VIH dans des groupes de population spécifiques au Nigéria, en 2007



Sources:

1. Adebajo S et al.; Men's Study Nigeria. HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men (MSM) in Nigeria. In: *AIDS 2008 - XVII International AIDS Conference, Mexique, Mexique, 3-8 août 2008* [Résumé N°A-072 - 0130-04898].
2. Integrated biological and behavioural surveillance survey (IBBSS). Nigéria, Ministère fédéral de la Santé, 2007.

de l'ordre et les soignants. Afin d'améliorer l'efficacité et l'impact des programmes, l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et l'ONUSIDA, ainsi que d'autres partenaires, mettent actuellement à jour les recommandations sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles visant les professionnel(le)s du sexe.

Dans le cadre des programmes de prévention, il est important de concevoir et de mettre en place des interventions ciblant les partenaires des professionnel(le)s du sexe, pour faciliter à la fois la négociation de pratiques sexuelles à moindre risque entre le client et le/la professionnel(le) et favoriser la sexualité à moindre risque lors de rapports avec des partenaires sexuels en dehors du cadre professionnel. Une enquête menée en 2009 à Kampala, en Ouganda, a porté sur 573 partenaires masculins de professionnelles du sexe, parmi lesquels 461 (84 %) étaient des partenaires qui payaient et 90 (16 %) des partenaires qui ne payaient pas. La prévalence moyenne du VIH chez les partenaires sexuels était de 18,1 % (payant : 17,9 % ; ne payant pas : 21,1 %). Les

chiffres de prévalence de l'infection à VIH chez les femmes professionnelles du sexe dont le partenaire était séropositif n'ont pas été fournis. Le risque d'être infecté par le VIH était considérablement plus élevé chez les partenaires sexuels masculins de professionnelles du sexe que les chez hommes adultes dans la population générale (43).

En 2009, 38 pays ont transmis des données sur le pourcentage de l'ensemble des professionnel(le)s du sexe ayant bénéficié des programmes de prévention de l'infection à VIH au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (tableau 3.7). À partir des échantillons provenant de ces enquêtes, le pourcentage médian de professionnel(le)s du sexe ayant bénéficié des programmes de prévention de l'infection à VIH était de 58 %, avec de grandes variations entre les différentes régions. La couverture médiane la plus élevée en matière de programmes de prévention était de 76 % et observée en Amérique latine et dans les Caraïbes, suivie de l'Europe et de l'Asie centrale avec 60 %, de l'Afrique subsaharienne avec 52 % et de l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est avec 40 %.

Tableau 3.7. Couverture des programmes de prévention de l'infection à VIH pour les professionnel(le)s du sexe (en 2009),^a et pourcentage de professionnel(le)s du sexe vivant avec le VIH (entre 2007 et 2009)

Pays invités à transmettre des données (n = 149)	Professionnel(le)s du sexe ayant bénéficié des programmes de prévention au cours des 12 derniers mois ^b			Professionnel(le)s du sexe testé(e)s séropositifs/séropositives		
	Nombre de participants à l'enquête qui ont répondu « oui » aux deux questions	Nombre total de participants à l'enquête	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe que les programmes de prévention sont parvenus à atteindre (%)	Nombre de professionnel(le)s du sexe testé(e)s séropositifs/séropositives	Nombre total de participants à l'enquête qui ont effectué un test VIH	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe testé(e)s séropositifs/séropositives (%)
	2009			Entre 2007 et 2009		
Nombre de pays ayant transmis des données	38			57		
Médiane - pour tous les pays ayant transmis des données (%)			58			...
Afrique du Nord et Moyen-Orient						
Djibouti	70	79	89	16	79	20.3
Maroc				23	965	2.4
Soudan	...	...	2	3	328	0.9
Tunisie	268	700	38	3	700	0.4
Afrique sub-saharienne						
Angola	430	1 848	23			
Bénin	592	1 050	56	250	1 013	24.7
Burkina Faso				55	616	8.9
Burundi				163	410	39.8
Comores				0	100	0.0
Côte d'Ivoire				270	760	35.5
Gabon	208	601	35	100	431	23.2
Ghana	16 742	34 990	48			
Guinée	90	101	89	33	101	32.7
Madagascar				12	2 288	0.5
Mauritanie				11	144	7.6
Nigéria				700	2 140	32.7
République démocratique du Congo				325	2 271	14.3
République-Unie de Tanzanie	237	349	68			
Swaziland	143	143	100			
Tchad	201	1 171	17	220	1 098	20.0
Togo				212	723	29.3
Médiane Régionale	...	...	52	...	...	...

Amérique latine et Caraïbes						
Argentine				74	1 368	5.4
Bolivie (État plurinational de)				27	6 993	0.4
Brésil	1 186	2 523	47	129	2 505	5.1
Colombie	993	4 714	21	75	4 817	1.6
Cuba ^d	80 083	82 838	97	158	54 537	0.3
El Salvador	643	789	77	46	848	4.1 ^b
Guatemala	482	520	93	3	298	1.0
Honduras				18	796	2.3
Mexique	1 069	1 793	60	97	5 690	1.7
Panama	194	255	76			
République Dominicaine				62	1 300	4.8
Médiane régionale	...	...	76	...	...	...
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est						
Afghanistan	3	368	0.8	0	368	0.0
Bangladesh				13	5 197	0.3
Cambodge				...	2 229	14.7 ^b
Chine	45 984	61 903	74	357	61 919	0.6
Inde	82	264	31	2 098	42 434	4.9
Indonésie				528	5 187	10.2
Iran (République islamique d')						
Malaisie	68	551	12	58	551	10.5
Maldives				0	102	0.0
Mongolie	618	835	74			
Myanmar				148	818	18.1
Népal				11	500	2.2
Pakistan	441	4 446	10	104	4 446	2.3
Papouasie-Nouvelle-Guinée	84	267	32	56	955	5.9
Philippines	5 071	9 208	55	23	9 476	0.2
République démocratique populaire lao	634	912	70	7	1 425	0.5
Sri Lanka				0	1 032	0.0
Viet Nam	2 501	5 291	47	327	10 326	3.2
Médiane régionale	...	...	40	...	...	...
Europe et Asie centrale						
Azerbaïdjan				5	300	1.7
Bélarus	389	453	86	11	173	6.4
Bulgarie	473	799	59	5	799	0.6
Fédération de Russie				34	750	4.5
Géorgie	107	160	67	3	154	1.9
Kazakhstan	1 984	2 249	88	30	2 249	1.3
Kirghizistan	420	689	61	11	689	1.6
Monténégro				1	133	0.8
Ouzbékistan	903	2 601	71	57	2 601	2.2
République de Moldova	71	301	15 ^b	22	301	6.1 ^c
Roumanie	66	202	33	2	202	1.0
Serbie				3	139	2.2
Tadjikistan	331	647	51	18	647	2.8
Ukraine	1 920	3 248	59	433	3 284	13.2
Médiane régionale	...	...	60	...	...	...

a Les données 2007-2008 sur la couverture sont disponibles en ligne (en anglais) sur <http://www.who.int/hiv/data/en>.

b Un certain nombre de pays ont transmis des données non pas générales mais par sexe quant à la couverture de la prévention chez les professionnel(le)s du sexe ayant participé à l'enquête et répondu aux questions. Bien que ce point soit susceptible de limiter la comparabilité entre les pays, il est raisonnable de supposer que la plupart des données transmises sur la couverture en 2009 proviennent d'enquêtes menées auprès de femmes professionnelles du sexe. Sur les neuf pays qui ont transmis des données sur la couverture chez les professionnels des deux sexes, six d'entre eux ont signalé une couverture plus importante chez les hommes (ces données provenaient le plus souvent de sites d'intervention ciblée). Les questions suivantes ont été posées aux participants à l'enquête : (1) Savez-vous où vous rendre si vous souhaitez effectuer un test de dépistage du VIH ? (2) Avez-vous reçu des préservatifs au cours des 12 derniers mois (par exemple par le biais d'un service de proximité, d'un centre de consultation sans rendez-vous ou d'une consultation de santé sexuelle) ? Pour cet indicateur, le numérateur est le nombre de participants à l'enquête qui répondent « oui » à ces deux questions et le dénominateur est le nombre total de participants à l'enquête.

c Le pourcentage a fait l'objet d'un ajustement statistique, en utilisant la plupart du temps la méthode *respondent-driven sampling method* (outil d'échantillonnage déterminé selon les répondants).

d Les chiffres correspondent à une période de 3 ans.

Cinquante sept pays ont transmis des données sur le pourcentage de professionnel(le)s du sexe testé(e)s séropositifs/séropositives entre 2007 et 2009 sur des échantillons prélevés lors d'une enquête. Les taux les plus élevés de prévalence de l'infection à VIH chez les professionnel(le)s du sexe ont été observés dans des pays d'Afrique subsaharienne, avec de grandes variations régionales. Au Burundi, en Côte d'Ivoire, en Guinée et au Nigéria, les taux signalés de prévalence de l'infection à VIH ont dépassé 30 %; au Bénin, au Gabon, au Tchad et au Togo, ils se situaient entre 20 % et 30 %.

Ces données démontrent clairement la nécessité de faire davantage pour améliorer les activités de surveillance chez les professionnel(le)s du sexe et pour renforcer les efforts de prévention, notamment en abolissant les lois punitives et par la conception d'interventions appropriées.

3.2. Sélection d'interventions de prévention dans le secteur de la santé

Ce sous-chapitre porte essentiellement sur une sélection d'interventions de prévention proposées dans les établissements de soins, comprenant la circoncision, la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles et la sécurité transfusionnelle.

3.2.1. Circoncision

Dans les pays présentant une prévalence élevée de l'infection à VIH et de faibles taux de circoncision, l'OMS et l'ONUSIDA recommandent d'inclure la circoncision comme

une intervention supplémentaire du secteur de la santé pour réduire le risque de transmission hétérosexuelle du VIH aux hommes (44).

Les essais cliniques de Kisumu au Kenya, du district de Rakai en Ouganda, ainsi que l'essai d'intervention d'*Orange Farm* en Afrique du Sud, ont montré respectivement une réduction de 53 %, 51 % et 60 % de l'infection par le VIH chez les hommes circoncis (45–47). Des données de recherche récentes ont aussi démontré les avantages de la circoncision au regard de la transmission hétérosexuelle du VIH, ainsi que pour la protection contre d'autres infections sexuellement transmissibles. Dans une étude menée auprès de couples africains où l'homme était séropositif au VIH-1 et sa partenaire séronégative, il a été constaté que la circoncision réduisait potentiellement le risque de transmission du VIH-1 de l'homme à la femme. Dans un essai randomisé réalisé en Ouganda en vue d'évaluer les effets de la circoncision sur l'infection à papillomavirus humain à haut risque¹, il s'est avéré que la circoncision réduisait l'incidence d'infections multiples causées par le papillomavirus humain à haut risque chez les hommes infectés par le VIH (48) et chez ceux qui n'étaient pas infectés par ce virus, et qu'elle aidait à la disparition du papillomavirus humain à haut risque chez les hommes séronégatifs (49). Les chercheurs ont aussi trouvé que, indépendamment du statut par rapport à l'infection par le virus de l'herpès de type 2, la circoncision pouvait aussi entraîner une réduction des ulcérations génitales (50).

¹ Le groupe des papillomavirus humain à haut risque regroupe certains sous-types associés à un risque élevé de cancer du col de l'utérus et de condylome acuminé.

Encadré 3.8. Étendre la circoncision au Kenya : *The rapid results initiative* (Initiative pour des résultats rapides) (55)

Le Gouvernement kenyan a lancé en 2008 le programme *Voluntary Medical Male Circumcision* (Circoncision volontaire en milieu médical), avec l'objectif de circoncire 860 000 hommes sur les quatre années suivantes. Comme seulement 40 000 hommes avaient été circoncis entre octobre 2008 et octobre 2009, une « Initiative pour des résultats rapides » a été mise en œuvre dans 11 districts de Nyanza, province qui avait la prévalence de l'infection à VIH la plus élevée et les taux de circoncision les plus bas dans le pays.

En appliquant la stratégie « Initiative pour des résultats rapides », 36 077 hommes ont été circoncis sur une période de 30 jours ouvrables entre novembre et décembre 2009. Chaque équipe a réalisé en moyenne 10 circoncisions par jour, et 39 % des hommes ont effectué en plus un test VIH. Sur l'ensemble des circoncisions, 55 % ont été réalisées chez des adultes âgés de plus de 15 ans, 22 % chez les moins de 12 ans et 23 % chez les 12-15 ans. L'ensemble de la prise en charge concernant la circoncision comportait le conseil pour la circoncision, le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire « Initiative pour des résultats rapides » a montré qu'il est possible d'élargir l'accès à la circoncision et d'étendre l'utilisation de ce service. Avec un coût de US\$ 39 par circoncision, les investissements requis par l'approche proposée par cette Initiative étaient 56 % moins élevés que la moyenne enregistrée au cours des 13 mois précédents. L'Initiative souligne aussi l'importance de maintenir la demande pour ce type de services par le biais d'une mobilisation sociale continue, d'importantes fluctuations ayant interféré avec la répartition du personnel et des fournitures et réduit l'efficacité globale des programmes. Des taux de dépistage et de suivi plus faibles que prévu sont également des problèmes qui doivent être résolus au fur à mesure que continue la mise en œuvre de services de circoncision.

Tableau 3.8. Prestation de services en matière de circoncision dans une sélection de pays, de 2008 à janvier 2010 (56)

Pays	Botswana	Kenya	Afrique du Sud	Swaziland	Zambie	Zimbabwe
Date de début du programme	Avr 2009	Sep 2008	Jan 2008	Jan 2008	Juil 2009	Mai 2009
Nombre total de circoncisions depuis la mise en place du programme	4 326	90 396	14 253	5 122	16 801	3 000
Nombre de circoncisions (nov-déc 09)	580	36 000	1 547	1 816	6 171	1 510

Source : *Male circumcision for HIV prevention: progress in scale-up* (56)

Des travaux de recherche ont été également entrepris pour mieux comprendre les implications que pourrait avoir une mise en œuvre à grande échelle du programme. Une analyse récente (51) a porté sur l'estimation du coût et de l'impact globaux d'une extension rapide des services de circoncision dans 14 pays d'Afrique orientale et australe dans le but d'en faire bénéficier 80 % des nourrissons et des adultes âgés de 15 à 49 ans d'ici 2015. Selon ses conclusions, une telle approche nécessiterait un investissement global de US\$ 4 milliards, mais elle permettrait de prévenir l'infection par le VIH chez plus de quatre millions d'adultes en 15 ans (2009–2025) et de réduire les dépenses de US\$ 20,2 milliards sur la même période.

En 2007, l'OMS et l'ONUSIDA ont convoqué une réunion d'experts, de responsables pays, de responsables de l'élaboration des politiques et de partenaires d'exécution. En fonction de leur profil épidémiologique, 13 pays (Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Swaziland, Zambie et Zimbabwe) ont été identifiés comme pays prioritaires pour accélérer la mise en œuvre de programmes de circoncision (44). Selon une récente évaluation, l'accès à la circoncision a été effectivement élargi dans ces pays (52). De solides initiatives nationales inscrites dans un cadre partenarial fort demeurent la clé pour continuer à obtenir des avancées. Le ralliement de personnes ayant traditionnellement joué le rôle de porte-drapeau dans le pays – par exemple des chefs traditionnels et des politiciens au Botswana et au Kenya – a été primordial pour augmenter l'utilisation des services, au même titre que la mise en place de partenariats impliquant les gouvernements nationaux, les donateurs et les organismes d'appui technique.

Une analyse de situation a été menée dans chacun des 13 pays prioritaires. Une politique et une stratégie appropriées concernant la circoncision sont en cours d'élaboration dans la plupart d'entre eux. Le Zimbabwe a lancé sa politique en la matière en 2009. Au Lesotho, la politique a été adoptée et devrait être lancée prochainement. Au Kenya, la prestation de ce service a été étendue, passant de 41 districts à 230 districts ; et en Afrique du Sud, en Namibie, en République-Unie de Tanzanie, au Rwanda et au Swaziland, des districts et des sites prioritaires ont été identifiés pour l'extension de ce service. Des stratégies d'assurance qualité, basées sur le Guide (manuel disponible en anglais) (53) et le Toolkit (outil disponible en anglais) (54) de l'OMS, sont actuellement mises en place au Swaziland et au Kenya. Par ailleurs, des indicateurs de suivi et d'évaluation sont progressivement introduits dans les systèmes habituels de collecte des données au Botswana et au Kenya. Des stratégies de communication sont en cours d'élaboration au Kenya, en Namibie et au Swaziland. Des programmes de formation ont été mis en place dans presque tous les pays prioritaires. Des recherches plus poussées sur la circoncision sont soit en cours soit prévues par les pays ; elles sont axées sur les comportements, la communication, l'impact au niveau communautaire, les coûts, les dispositifs de circoncision, le suivi et la prestation de services (52).

Une étude récente (56) a rassemblé les données portant sur la situation de la prestation de services en matière de circoncision dans six pays où plus de 133 000 circoncisions ont été pratiquées jusqu'en janvier 2010 (tableau 3.8).

Bien que des avancées considérables aient été obtenues dans l'établissement de politiques et de stratégies, les programmes nationaux continuent à faire face à une insuffisance de ressources humaines à tous les niveaux : tous les pays qui étendent les services de circoncision manquent en permanence de personnel. Nonobstant les progrès déjà accomplis, il faut renforcer et améliorer le soutien politique national au profit de l'extension de la circoncision, engager les prestataires traditionnels et les chefs de communauté en faveur de l'adhésion et de l'utilisation de ce service, et accélérer le rythme de mise en route de la prestation de services. Au fur et à mesure que ces services sont étendus, il est crucial de suivre étroitement les conséquences que la circoncision des hommes pourrait avoir sur les femmes et d'atténuer tout effet négatif dans la vie sociale qui risquerait d'affecter négativement leur santé.

3.2.2. Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles

Dans la mesure où les infections sexuellement transmissibles augmentent de façon synergique le risque de transmission de l'infection à VIH, identifier et traiter rapidement ces infections constituent un élément clé pour lutter contre la propagation de l'infection à VIH (57). Des données scientifiques suggèrent que les infections sexuellement transmissibles augmentent l'excrétion du VIH dans les voies génitales des personnes séropositives (aggravant par là l'infectiosité) et provoquent des lésions de la barrière muqueuse, entraînant une plus grande susceptibilité à l'infection à VIH chez les personnes séronégatives.¹

De multiples interventions ont prouvé leur efficacité pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles, notamment la prise en charge syndromique des ulcérations génitales et de l'écoulement urétral, le dépistage de la syphilis chez la femme enceinte et les personnes pour qui est diagnostiquée une autre infection sexuellement transmissible, le traitement du partenaire masculin d'une patiente présentant une trichomonase, de brefs conseils offerts sur la réduction des risques liés au VIH et aux infections sexuellement transmissibles, et le traitement des partenaires des patient(e)s qui présentent une infection à gonocoque, une infection à *Chlamydia* ou une syphilis. Grâce à ces interventions, la prévalence des infections sexuellement transmissibles a diminué dans de nombreuses parties du monde, notamment la prévalence du chancre mou, de la syphilis et de la gonococcie. La lutte contre les infections

¹ En situation d'épidémie d'infection à VIH concentrée ou peu étendue, en particulier là où la prévalence des infections sexuellement transmissibles est élevée et la lutte contre ces infections insuffisante, il est probable que le traitement des infections sexuellement transmissibles curables ait un impact considérable sur l'incidence de l'infection à VIH au niveau de la population. En situation d'épidémie d'infection à VIH généralisée, quand la prévalence de l'infection à VIH est stable ou en déclin, il n'est pas possible de mesurer les effets du traitement des infections sexuellement transmissibles curables sur l'incidence de l'infection à VIH au niveau de la population.

sexuellement transmissibles peut également avoir contribué au déclin progressif de la prévalence de l'infection à VIH dans plusieurs pays à revenu faible ou moyen (58). Les estimations mondiales les plus récentes de l'incidence et de la prévalence des infections sexuellement transmissibles datent de 2005. La charge mondiale des infections sexuellement transmissibles demeure malheureusement élevée dans la plupart des régions du monde (encadré 3.9) (59).

Les services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles constituent une composante cruciale des programmes globaux de prévention de l'infection à VIH. Non seulement ils traitent spécifiquement les problèmes posés par ces infections, mais ils offrent aussi l'opportunité de fournir un conseil et un dépistage du VIH à l'initiative du prestataire et peuvent servir de points d'entrée pour des interventions de prise en charge et de traitement de l'infection à VIH. Les données sur les infections sexuellement transmissibles peuvent également aider à interpréter les différents tableaux épidémiologiques de l'infection à VIH. Par exemple, les taux de syphilis parmi les femmes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals peuvent servir d'alerte précoce sur les changements en matière de comportements à risque associés à la transmission du VIH dans la population générale. Les infections sexuellement transmissibles aiguës telles que la gonorrhée et la syphilis primaire et secondaire servent aussi de marqueurs biologiques de l'infection à VIH et peuvent donner des indications sur l'efficacité des programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (encadré 3.10). Des services diversifiés sont particulièrement appropriés pour répondre aux besoins de la population générale; mais l'offre de services spécifiques

aux groupes à risque élevé d'être infectés par le VIH, comme les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, peut s'avérer nécessaire dans les zones où la stigmatisation est forte et les obstacles juridiques sont nombreux, afin de garantir un accès suffisant aux principales interventions sanitaires.

Le processus d'établissement des rapports de 2010 comportait deux indicateurs liés aux infections sexuellement transmissibles. Parmi les 193 États Membres qui ont transmis des données, 51 et 77 pays ont respectivement transmis des données sur (i) le nombre de sites ciblés de dispensation de soins pour les professionnel(le)s du sexe, où les services liés aux infections sexuellement transmissibles sont disponibles, pour 1000 professionnel(le)s du sexe, et sur (ii) la prévalence de la syphilis parmi les femmes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals (voir l'annexe 2).

Parmi les pays ayant transmis des données, la médiane globale était en 2009 de 1,3 service de consultations ciblées pour 1000 professionnel(le)s du sexe. Ce chiffre cache toutefois d'importantes différences entre les régions. Le nombre de services de consultations ciblées pour 1000 professionnel(le)s du sexe était plus élevé en Afrique subsaharienne, avec 2,0 services de consultations ciblées pour 1000 professionnel(le)s du sexe (tableau 3.9). La médiane la plus basse était retrouvée en Europe orientale et en Asie centrale, avec seulement 0,5 service de consultations ciblées. Tout en étant un important indicateur d'accès aux services, ces données peuvent sous-estimer la couverture réelle, dans la mesure où les professionnel(le)s du sexe peuvent aussi recevoir des

Encadré 3.9. Estimations mondiales de l'incidence et de la prévalence des infections sexuellement transmissibles causées par *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* et *Trichomonas vaginalis*

Il y a eu 448 millions de nouvelles infections sexuellement transmissibles en 2005: 101 millions de nouveaux cas d'infection à *Chlamydia*, 88 millions de nouveaux cas de gonorrhée, 11 millions de nouveaux cas de syphilis et 248 millions de nouveaux cas de trichomonase (59).

Région de l'OMS	Nombre de nouvelles infections détectées chez l'homme et la femme adultes âgés de 15 à 49 ans en 2005 (en millions)				
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Treponema pallidum</i> (syphilis)	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Total
Région africaine	10,0	17,5	3,4	78,8	109,7
Région des Amériques	22,4	9,5	2,4	54,9	89,2
Région de la Méditerranée orientale	5,7	6,5	0,6	12,6	25,4
Région européenne	15,2	4,6	0,3	24,5	44,6
Région de l'Asie du Sud-Est	6,6	22,7	2,9	38,6	70,8
Région du Pacifique occidental	41,6	26,9	1,1	39,1	108,7
Total	101	88	11	248	448

Il a été estimé que le nombre de cas prévalant des quatre infections était de 318 millions tout au long de l'année 2005: 98 millions d'adultes étaient infectés par *Chlamydia trachomatis*, 31 millions par *Neisseria gonorrhoeae*, 36 millions par *Treponema pallidum* et 153 millions par *Trichomonas vaginalis*. Ces infections ne comptent toutefois que pour quatre des 30 infections susceptibles d'être transmises sexuellement. Qui plus est, les estimations montrent que 23,6 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le virus de l'herpès de type 2 en 2003. Bien que ces estimations soient basées sur des données limitées de surveillance et d'études ciblées, elles indiquent que la charge mondiale d'infections sexuellement transmissibles demeure élevée. Pour obtenir des estimations plus précises, il faudrait recueillir au niveau des pays et des régions des données de meilleure qualité sur les infections sexuellement transmissibles.

Encadré 3.10. Évaluer l'impact des interventions de prévention de l'infection à VIH chez les professionnelles du sexe dans l'État du Karnataka en Inde : le projet Avahan

Le projet Avahan est un programme de prévention de l'infection à VIH à grande échelle qui se concentre sur les groupes à risque vivant dans les six États indiens où la prévalence de l'infection à VIH est la plus élevée. Lancé en 2003, le projet appuie un ensemble d'interventions diverses qui incluent une communication incitant à changer de comportement pour favoriser l'utilisation du préservatif, un dépistage régulier des infections sexuellement transmissibles, la mise en place de services consacrés à la santé sexuelle pour les professionnel(le)s du sexe et leurs partenaires, l'identification et la prise en charge syndromique des cas d'infections sexuellement transmissibles, un examen systématique avec un spéculum, un traitement présomptif périodique de l'infection à *Chlamydia* et de la gonorrhée tous les trois à six mois, le dépistage et le traitement de la syphilis, et le conseil et le dépistage du VIH. Les femmes testées séropositives reçoivent un soutien et un conseil, et sont orientées vers une prise en charge.

Afin d'évaluer l'impact de ces interventions sur les taux de prévalence de l'infection à VIH et des infections sexuellement transmissibles, sur l'utilisation du préservatif et sur la couverture du programme, des enquêtes intégrées portant sur des informations biologiques et sur les comportements sexuels ont été menées auprès des professionnel(le)s du sexe choisi(e)s par tirage au sort dans cinq districts de l'État du Karnataka entre 2004 et 2009 ; ces enquêtes étaient constituées d'une enquête de référence (7 à 19 mois après le début du programme) et d'une enquête de suivi (28 à 37 mois après le début du programme) (60). Plus de 85 % des 4712 professionnel(le)s du sexe qui ont participé à l'étude ont signalé avoir eu un contact avec un éducateur pour les pairs et s'être rendues dans une consultation du projet pour une infection sexuellement transmissible. En comparant les chiffres de référence aux chiffres du suivi, l'évaluation a constaté une réduction statistiquement significative du taux de prévalence de l'infection à VIH passant de 19,6 % à 16,4 %, de la syphilis à titre élevé d'anticorps passant de 5,9 % à 3,4 %, et de l'infection à *Chlamydia* et/ou de la gonorrhée passant de 8,9 % à 7,0 %. L'utilisation du préservatif avec des clients réguliers a augmenté, passant de 66,1 % à 84,1 %.

Le programme Avahan de prévention de l'infection à VIH a combiné des stratégies de réduction des risques sexuels à un accès facilité aux services de santé sexuelle, entraînant une réduction importante des taux de prévalence à la fois de l'infection à VIH et des infections sexuellement transmissibles. Il montre comment il est possible d'intégrer avec succès la prestation de services pour l'infection à VIH et pour les infections sexuellement transmissibles à destination des groupes les plus à risque.

Tableau 3.9. Nombre de sites ciblés de dispensation de soins pour les professionnel(le)s du sexe, où les services liés aux infections sexuellement transmissibles sont disponibles, et prévalence de la syphilis parmi les femmes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals^a

Région	Nombre de pays ayant transmis des données ^b	Nombre médian de sites ciblés de dispensation de soins pour les professionnel(le)s du sexe, où les services liés aux infections sexuellement transmissibles sont disponibles (pour 1000 professionnel(le)s du sexe)	Nombre de pays ayant transmis des données ^b	Prévalence médiane de la syphilis parmi les femmes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals
Afrique du Nord et Moyen-Orient	2		4	
Afrique subsaharienne	11	2,0	30	1,5 %
Amérique latine et Caraïbes	13	1,2	18	0,5 %
Amérique du Nord	0		0	
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	15	1,7	17	0,5 %
Europe occidentale et centrale	1		2	
Europe orientale et Asie centrale	9	0,5	6	0,1 %
Total mondial	51	1,5	77	0,7 %

a Les médianes régionales ne sont pas communiquées si moins de cinq pays ont fourni des données.

b Nombre de pays invités à transmettre des données : 193. Les données par pays se trouvent dans l'annexe 2.

services pour les infections sexuellement transmissibles dans des services de consultations non ciblées.

Selon les données transmises, la prévalence médiane de la syphilis parmi les femmes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals était de 0,7 %, avec un pic à 1,5 % en Afrique subsaharienne et le chiffre le moins élevé de 0,1 % retrouvé en Europe orientale et en Asie centrale. Ces moyennes dissimulent toutefois de larges écarts de taux de prévalence entre les différents pays. La prévalence de la syphilis était par exemple de 7,7 % à Madagascar, et supérieure à 5 % aux Fidji, au Ghana, à Grenade, au Kiribati, au Mozambique, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en République centrafricaine, au Tchad et en Zambie.

Il est aujourd'hui impossible d'évaluer des tendances au fil du temps en raison du manque de données longitudinales transmises à l'OMS ; pourtant, dans la mesure où les

systèmes de suivi et d'évaluation s'élargissent et se renforcent, et que les pays sont plus nombreux à transmettre des données, les futures enquêtes devraient générer des informations en plus grande quantité et de meilleure qualité sur les services et les interventions concernant les infections sexuellement transmissibles.

3.2.3. Sécurité transfusionnelle

La Base de Données mondiale sur la Sécurité transfusionnelle (GDBS pour *Global Database on Blood Safety*) de l'OMS a été créée en 1998 pour faire face aux problèmes mondiaux de disponibilité, de sécurité et d'accessibilité du sang pour les transfusions. L'objectif de cette activité est de collecter et d'analyser des données provenant de tous les pays sur la sécurité transfusionnelle englobant aussi les produits sanguins, pour servir de point de départ à une action efficace visant l'amélioration des services de transfusion sanguine au niveau mondial. Un questionnaire à compléter, élaboré comme outil standardisé pour la collecte de données, est

adressé aux autorités sanitaires nationales. Ce questionnaire est basé sur l'aide-mémoire pour les programmes nationaux de transfusion sanguine, document qui couvre les quatre composantes principales de la stratégie intégrée pour la sécurité transfusionnelle préconisée par l'OMS (61).¹

Les données obtenues par les questionnaires sont complétées par celles collectées par des experts lors de visites aux ministères de la santé et dans les services de transfusion sanguine. Pour mieux compléter encore les données collectées par le questionnaire standardisé de la GDBS, et dans le cadre des activités en cours, une liste d'indicateurs relatifs à la sécurité transfusionnelle et un instrument simplifié de collecte des données ont été développés pour recueillir des informations sur 20 indicateurs quantitatifs clés sur le sujet. Les indicateurs sur la sécurité transfusionnelle ont été calculés sur une base annuelle depuis 2006. Les données collectées par le biais du questionnaire de la GDBS et des indicateurs sur la sécurité transfusionnelle sont analysées, et les rapports sont disponibles sur le site Internet de l'OMS (62). L'analyse tient compte des données mondiales les plus récentes aussitôt qu'elles sont disponibles. L'objectif de cette analyse est de fournir des informations sur la situation actuelle des services de transfusion sanguine, d'évaluer les besoins des pays pour améliorer la sécurité transfusionnelle, de formuler des recommandations stratégiques pour les pays, de planifier et de mettre en place des activités, et d'évaluer les progrès obtenus.

On estime qu'environ 93 millions de dons de sang sont effectués dans le monde chaque année.² La moitié environ est prélevée dans les pays à revenu élevé, et la moitié restante dans les pays à revenu faible ou moyen. Au cours de la dernière décennie, des avancées importantes ont été obtenues partout dans le monde pour améliorer l'approvisionnement en sang et en produits sanguins de qualité garantie; mais la disponibilité et l'innocuité du sang à utiliser pour la transfusion restent souvent une source de préoccupation, en particulier dans les pays à revenu faible. Non seulement les pénuries de sang ont des conséquences graves pour la santé (comme par exemple la survenue d'un

décès suite à une hémorragie du post-partum), mais elles contribuent aussi à augmenter le risque de contracter une infection à VIH et une hépatite, l'insuffisance des stocks de sang obligeant à dépendre de donneurs à risque venant de la famille du patient ou de donneurs rémunérés, ou obligeant à distribuer du sang sans le tester. Pour réduire l'incidence de l'infection à VIH due aux transfusions de sang à risque, il faut mettre en place une stratégie intégrée avec un service de transfusion sanguine coordonné au niveau national, la collecte de sang auprès de donneurs volontaires et non rémunérés, le dépistage pour tous les dons de sang des infections à transmission transfusionnelle comme l'infection à VIH, et il faut garantir la formation appropriée et le suivi des prestataires de soins de santé.

Selon les estimations, les dons nécessaires pour répondre aux besoins les plus élémentaires en sang d'un pays s'élèvent à un niveau minimum généralement accepté de 1 % de la population totale. Plus le système de soins de santé est élaboré, plus ces besoins augmentent dans les pays concernés. La disponibilité de sang, mesurée par le ratio de dons pour 1000 habitants, varie considérablement; les niveaux de disponibilité les plus faibles se trouvent dans les pays à revenu faible ou moyen. Les taux de dons de sang sont en effet plus de 13 fois supérieurs dans les pays développés que dans les pays en développement: le nombre moyen de dons pour 1000 habitants est de 45,4 (fourchette 13,6-72,5) dans les pays à revenu élevé, de 10,1 (fourchette 1,6-63,2) dans les pays à revenu moyen et de 3,6 (fourchette 0,4-5,0) dans les pays à revenu faible.

Entre 2007 et 2008, 46 pays, dont 42 à revenu faible ou moyen, ont signalé une augmentation des dons volontaires supérieure à 10 % par rapport aux chiffres de l'année précédente, tandis que 15 autres ont rapporté une baisse supérieure à 10 % sur la même période. Parmi les 173 pays ayant transmis des données en 2007 et en 2008, 45 ont recueilli moins de 25 % de leur approvisionnement en sang auprès de donneurs volontaires non rémunérés et une quantité importante de l'approvisionnement en sang dans ces pays restait tributaire du don familial/du don de compensation ou de donneurs rémunérés. Dans les 98 pays à revenu faible ou moyen pour lesquels il existe des données comparables issues d'enquêtes de l'OMS (62) menées en 2000-20001, 2004-2005 et 2007-2008, le nombre de pays rapportant des dons de sang non rémunérés supérieurs à 50 % augmente régulièrement.

Afin de garantir la sécurité de l'approvisionnement en sang, les dons de sang doivent être soumis à un dépistage de qualité garantie, incluant des modes opératoires normalisés et un système externe d'évaluation de la qualité. Les données sur le pourcentage d'approvisionnements en sang soumis à un dépistage de qualité garantie en 2007 et 2008 fournies par 115 pays continuent de montrer un écart important entre les pays: alors que 99 % des dons de sang dans les pays à revenu élevé et 85 % dans les pays à revenu moyen ont été soumis à un dépistage selon ces procédures de qualité, la proportion était nettement inférieure dans les pays à revenu

1 Ceci inclut: (i) la mise en place de services de transfusion sanguine coordonnés au niveau national, (ii) la collecte de sang auprès seulement de donneurs volontaires et non rémunérés appartenant à des groupes de population à faible risque, (iii) la réalisation de tests pour tous les dons de sang, notamment pour le dépistage d'infections à transmission transfusionnelle, la détermination du groupe sanguin et la vérification de la compatibilité, et (iv) la réduction du nombre de transfusions non indispensables par un usage clinique rationnel du sang, notamment par l'utilisation d'alternatives simples (cristalloïdes et colloïdes), là où cela est possible.

2 En fonction de la Base de Données mondiale sur la Sécurité transfusionnelle de 2008 (130 pays) et des données de 2007 transmises directement à l'OMS (43 pays). Le Programme de Sécurité transfusionnelle de l'OMS mène chaque année une enquête sur 20 indicateurs quantitatifs clés relatifs à la sécurité transfusionnelle. Une collecte de données plus complète est réalisée tous les trois ans, à partir d'un ensemble et d'un sous-ensemble d'environ 150 questions. Les objectifs sont: évaluer la situation mondiale de la sécurité transfusionnelle; réunir les meilleures informations disponibles sur les services de transfusion sanguine dans chacun des États Membres; identifier les problèmes et les besoins afin de fournir un appui et une assistance technique; identifier les pays devant bénéficier prioritairement d'une assistance; suivre les progrès obtenus et les tendances dans le domaine de la sécurité transfusionnelle.

Figure 3.3. Dons de sang pour 1000 habitants, en 2007 et 2008

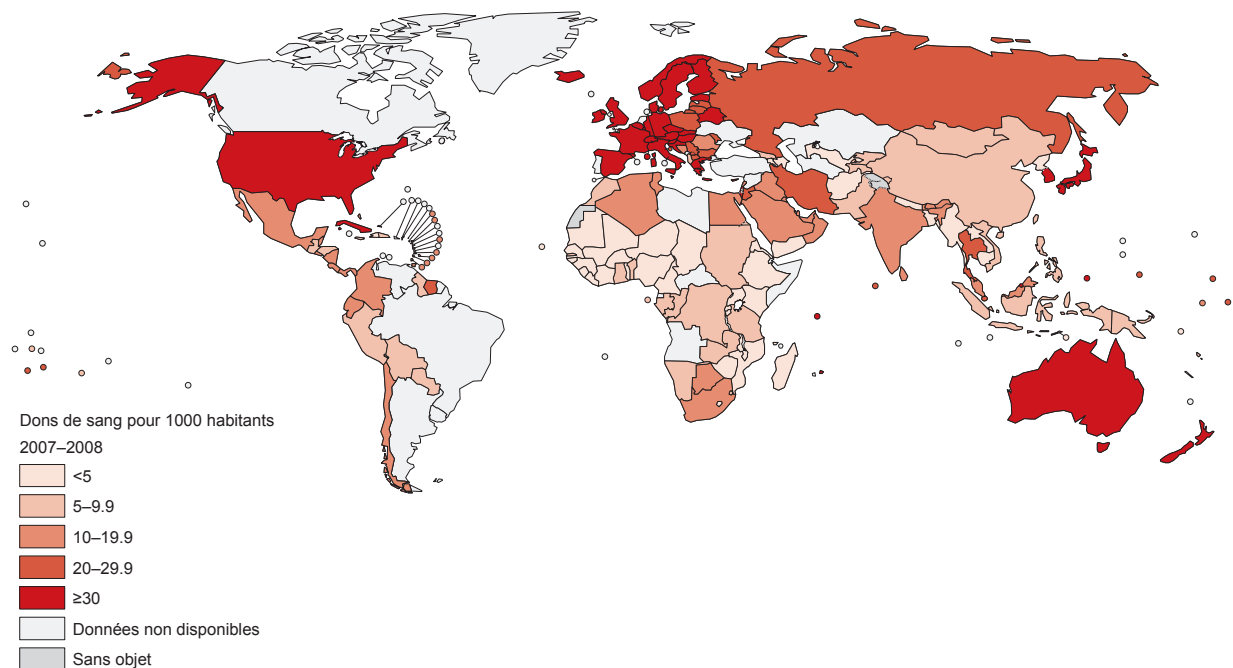
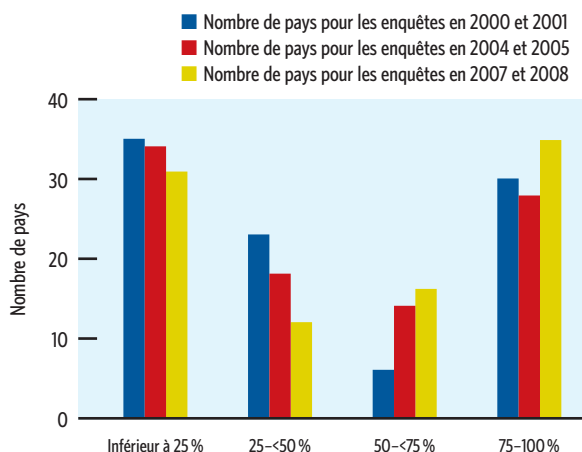


Figure 3.4. Nombre de pays à revenu faible ou moyen, en fonction de la proportion de dons de sang volontaires non rémunérés, entre 2000 et 2008



Source: WHO surveys (62).

faible avec seulement 48 %. On estime qu'au moins 2,88 millions de dons – dont 2,76 millions dans les pays à revenu faible ou moyen – ne sont pas soumis à un dépistage selon les procédures requises d'assurance qualité. De plus, sur les 173 pays ayant fourni des données sur le dépistage des infections à transmission transfusionnelle – notamment l'infection à VIH, l'hépatite B, l'hépatite C et la syphilis –

cinq pays à revenu élevé, 23 pays à revenu moyen et 14 pays à revenu faible ont signalé être dans l'incapacité de réaliser le dépistage d'une ou plusieurs de ces infections pour l'ensemble de leurs dons de sang.

Dans de nombreux pays à revenu faible ou moyen, l'un des facteurs les plus fréquemment cités comme faisant obstacle au dépistage des dons de sang collectés est le manque de continuité dans l'approvisionnement en kits de test. Parmi 68 pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données en 2008, huit ont signalé une rupture de stock de kits de test pour le dépistage d'infections à transmission transfusionnelle au cours de la période faisant l'objet du rapport.

L'OMS recommande de coordonner au niveau national toutes les activités liées au prélèvement, ainsi qu'à la réalisation des tests, au traitement, au stockage et à la distribution du sang collecté, par une politique nationale de transfusion sanguine appuyée par une législation adéquate en vue de promouvoir la mise en place uniforme de normes et une persistance dans la qualité et la sécurité du sang et des produits sanguins (61). Sur 94 pays à revenu faible ou moyen, 72 ont déclaré avoir une politique nationale de transfusion sanguine. De plus, 67 pays avaient un plan stratégique national en matière de sécurité transfusionnelle et 50 ont signalé qu'ils avaient commencé à mettre ce plan en application. Parmi les pays ayant transmis des données, 48 ont déclaré avoir une législation spéciale en matière de sécurité transfusionnelle, et seulement 41 ont rapporté disposer d'un mécanisme national pour la prise de décisions en matière de sécurité transfusionnelle.

Tableau 3.10. Situation mondiale des dons de sang soumis à un dépistage de qualité garantie, en 2007 et 2008

Catégorie de revenu (nombre de pays ayant transmis des données)	Total des dons de sang	% des dons de sang soumis à un dépistage du VIH de qualité garantie	Dons de sang non soumis à un dépistage du VIH de qualité garantie
Revenu élevé (34)	26 922 979	99,5 %	124 866
Revenu moyen (52)	12 217 378	85,4 %	1 786 622
Revenu faible (29)	1 873 061	47,8 %	977 331
Total (115)	41 013 418	93,1 %	2 888 819

Globalement, les tendances ont été positives au cours des 10 dernières années, mais il est important de renforcer les efforts actuels visant à élargir partout dans le monde la disponibilité en sang exempt de tout danger, en particulier dans les pays à revenu faible ou moyen, les plus en retard en la matière. L'OMS a appelé tous les États Membres à prendre des dispositions afin que tous les dons de sang soient soumis à des tests de qualité garantie d'ici 2013 (63). Pour servir de catalyseur et prolonger les efforts en cours, une consultation mondiale sur les dons de sang et de produits sanguins 100 % volontaires non rémunérés, a été organisée en juin 2009 à Melbourne, en Australie; à l'issue de cette consultation, les participants se sont entendus pour s'employer à atteindre l'objectif des 100 % de dons de sang volontaires non rémunérés d'ici 2020.

3.3. Nouvelles technologies de prévention de l'infection à VIH : microbicides et prophylaxie pré-exposition

Les stratégies de prévention à base d'antirétroviraux, notamment les microbicides et la prophylaxie pré-exposition, font partie des nouvelles technologies prometteuses qui pourraient bien venir allonger la liste des outils disponibles pour la prévention de l'infection à VIH. Pour la première fois, un microbicide vaginal à base de ténofovir (TDF) s'est révélé avoir un effet protecteur statistiquement significatif contre l'infection à VIH. Suite à ses travaux de recherche, un groupe du *Centre for the AIDS Programme of Research* en Afrique du Sud (CAPRISA) de l'université de KwaZulu-Natal, du *Family Health International* et du CONRAD a présenté en juillet 2010 lors de la XVIIIème Conférence internationale sur le sida à Vienne, en Autriche, des résultats encourageants émanant de l'essai CAPRISA 004 portant sur un gel à base de ténofovir.

Pour la Phase IIb, cet essai randomisé contre placebo en double aveugle mené en Afrique du Sud dans des zones rurales et urbaines a évalué l'efficacité d'un gel à base de ténofovir à la concentration de 1 % pour la prévention de l'infection à VIH chez les femmes âgées de 18 à 40 ans, sexuellement actives et séronégatives. Les résultats de l'essai ont montré que, après 30 mois d'utilisation, le risque d'être infecté par le VIH était réduit de 39 % chez les femmes utilisant le gel à base de ténofovir. Une

analyse de sous-groupe a montré qu'une bonne observance chez les femmes utilisant cette intervention était associée à une meilleure protection contre l'infection à VIH, par rapport à une observance insuffisante; avec une observance supérieure à 80 %, le risque d'infection à VIH était réduit de 54 %. En outre, le risque d'être infecté par le virus de l'herpès de type 2 (HSV-2), qui cause l'herpès génital, était diminué de moitié chez les femmes qui utilisaient le gel à base de ténofovir; un résultat secondaire important dans la mesure où HSV-2 est un facteur de risque considérable pour contracter l'infection à VIH (64-66). Ce fait nouveau est d'une importance majeure et souligne le besoin de poursuivre la recherche sur les microbicides et de faire d'autres études, y compris des analyses socio-comportementales, pour valider l'effet protecteur du gel à base de ténofovir dans d'autres pays et auprès d'autres populations. Il est important de remarquer que l'incidence de l'infection à VIH dans le groupe de femmes recevant ce gel – pourtant efficace – était encore très élevée, atteignant plus de 5 % par an.

La prophylaxie pré-exposition consiste en l'utilisation d'un agent antirétroviral actif chez les personnes non infectées par le VIH pour bloquer l'acquisition de cette infection. L'efficacité potentielle de la prophylaxie pré-exposition est actuellement en cours d'étude dans de nombreux essais contrôlés randomisés impliquant plus de 20 000 personnes dans le monde entier. Les antirétroviraux testés sont le plus souvent le ténofovir (TDF) ou le TDF plus l'emtricitabine (FTC), à prendre en dose prophylactique à raison d'une prise orale quotidienne. Les essais en cours de prophylaxie pré-exposition quotidienne examinent deux critères fondamentaux: la réduction de l'acquisition de l'infection à VIH chez les personnes non infectées par le VIH utilisant une prophylaxie pré-exposition et l'innocuité des antirétroviraux utilisés. Deux de ces études devraient rendre publics leurs résultats préliminaires fin 2010, alors que les données finales des autres études devraient être publiées après 2012.

La perspective d'une mise en œuvre à grande échelle de la prophylaxie pré-exposition soulève un certain nombre de questions, notamment techniques, financières et éthiques. Afin d'examiner certaines de ces questions et de préparer l'extension rapide de cette intervention dans l'éventualité où elle se révélerait être suffisamment efficace dans les essais cliniques, l'OMS a réuni une consultation multipartite en octobre 2009 avec l'appui des Instituts nationaux de la Santé des États-Unis d'Amérique. Les sujets abordés ont notamment porté sur les implications sur le plan technique, financier et en termes d'innocuité associées à l'utilisation d'un médicament antirétroviral relativement coûteux et pour un usage quotidien par des personnes par ailleurs en bonne santé; sur la fréquence des tests VIH à refaire pour les personnes sous prophylaxie pré-exposition; sur la manière de faire face à une demande accrue en matière de tests biologiques pour suivre l'innocuité et les effets indésirables du médicament (par exemple l'examen de la densité osseuse et de la fonction rénale); sur la manière

Encadré 3.11. Santé Positive, Dignité et Prévention

Le concept *Positive Health, Dignity and Prevention* (PHDP – Santé Positive, Dignité et Prévention) cherche à améliorer la santé et le bien-être des partenaires, des familles et des communautés, à les maintenir en bonne santé et à maintenir leur bien-être. Il est à l'opposé des approches précédentes de « prévention positive », concept qui pourrait être interprété comme le traitement des personnes vivant avec le VIH en tant que vecteurs de transmission. En se concentrant sur le parcours vécu par les personnes vivant avec le VIH depuis le test de dépistage jusqu'au soutien, à la prise en charge et au traitement, le concept PHDP place les besoins sanitaires et sociaux, ainsi que le vécu des personnes vivant avec le VIH, dans le contexte des droits humains. Deux des éléments indispensables pour renforcer les actions de prévention du secteur de la santé dans le cadre de sa riposte au VIH sont d'une part la formation des agents de santé – qu'ils travaillent ou non dans des établissements de soins – aux principes du concept PHDP et aux activités à mener dans le cadre de cette initiative, et d'autre part l'implication des personnes vivant avec le VIH dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des services de prévention de cette infection (67).

Pour *National Empowerment Network of People Living with HIV/AIDS in Kenya* (NEPHAK – Réseau national de renforcement des capacités des personnes vivant avec le VIH au Kenya)¹, le concept PHDP constitue un cadre important tant pour les programmes au niveau de la population que pour la politique et l'action de sensibilisation au niveau national.

Avec ses partenaires *Family Health International* (FHI) et *ONUSIDA*, NEPHAK a initié au niveau du district la formation de clubs de mères liés à des établissements de soins afin de promouvoir la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, fournir des services de conseil et développer les capacités des pères séropositifs, des mères séropositives et des couples où l'un des partenaires est séropositif au VIH et l'autre séronégatif pour qu'ils comprennent leur rôle dans la prévention de la transmission du VIH. Dans le cadre du même partenariat, NEPHAK forme des personnes vivant avec le VIH à travailler dans les établissements de soins en tant que conseillers en matière d'observance du traitement antirétroviral, orientant les clients vers les services disponibles dans les établissements de soins et dans la communauté. NEPHAK est membre du *Technical Working Group on « Prevention with Positives »* (Groupe de travail technique sur la « Prévention avec les séropositifs ») et appuie le travail des éducateurs par les pairs. Il soutient également *Ambassadors of Hope* (Les ambassadeurs de l'espoir), qui diffusent plus largement ses messages contre la stigmatisation du VIH, du sida et de la tuberculose dans les communautés et chez les membres de leurs groupes de soutien, et qui aident au travail des établissements de soins en facilitant le transport des clients vers les services disponibles.

En janvier 2010, NEPHAK a assisté le Gouvernement kenyan pour développer son troisième *National HIV/AIDS Strategic Plan* (NASP III – Plan stratégique national contre le VIH/sida), en assurant la participation des personnes vivant avec le VIH et notamment la prise en compte de leurs points de vue. En collaboration avec *National AIDS and STI Control Programme* (NASCOP – Programme national de lutte contre le SIDA et les IST) et d'autres partenaires, NEPHAK a récemment dévoilé des directives sur la prévention de l'infection à VIH pour et par les personnes vivant avec le VIH.

NEPHAK, avec *Global Network of People living with HIV/AIDS* (GNP+ – Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida), réunit actuellement des informations sur le vécu des personnes vivant avec le VIH et utilise ces témoignages pour engager les responsables de l'élaboration des politiques, les médias et les chefs communautaires dans un plaidoyer en faveur d'un environnement social, politique et juridique plus favorable à l'égard de ces personnes. Dans le cadre de la mise en application du concept PHDP, NEPHAK milite pour le soutien des personnes vivant avec le VIH afin qu'elles comprennent mieux leurs droits et leurs responsabilités. Parallèlement, il faut renforcer la capacité des agents de santé, améliorer leur compréhension et changer leurs attitudes pour qu'ils reconnaissent et respectent les droits des personnes vivant avec le VIH, y compris leur droit à la santé sexuelle et génésique.

¹ Pour plus d'informations sur *National Empowerment Network of People Living with HIV/AIDS in Kenya* (NEPHAK), se rendre sur www.nephak.org.

de favoriser l'observance de la prise quotidienne d'un schéma prophylactique ; sur les moyens d'utiliser au mieux les systèmes d'approvisionnement en médicaments pour garantir un approvisionnement régulier ; sur l'utilité de cibler des groupes spécifiques de population pour l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition et la façon d'y parvenir ; sur la manière de suivre l'émergence éventuelle d'une résistance aux antirétroviraux et d'y faire face ; sur les moyens d'éviter les comportements de compensation du risque chez les personnes qui prennent une prophylaxie pré-exposition ; et sur la manière de suivre le taux d'acquisition de l'infection à VIH chez les personnes recevant une prophylaxie pré-exposition.

Travaillant avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires clés, l'OMS examine actuellement les stratégies potentielles pour la prestation de services, l'identification précoce des obstacles auxquels devront faire face les programmes et l'élaboration de lignes directrices concernant la prophylaxie pré-exposition. L'OMS s'efforce également de déterminer quelles pourraient être les données supplémentaires utiles et quels seraient les besoins des programmes, afin d'élaborer des principes directeurs et soutenir le secteur de la santé, et s'assurer que la prophylaxie pré-exposition sera mise en œuvre efficacement et sans danger si elle s'avère suffisamment efficace.

3.4. Perspectives d'avenir

Au cours des deux dernières décennies, des avancées considérables ont été obtenues partout dans le monde pour réduire le taux de nouvelles infections à VIH. Le nombre de nouvelles infections a déjà chuté d'un quart par rapport au pic de 1996, qui avait atteint environ 3,5 millions (2). Dans plusieurs pays où l'épidémie est généralisée, une diminution encourageante de la prévalence de l'infection à VIH a été signalée chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (7). Avec 2,7 millions de nouvelles infections en 2008, dont 430 000 ont touché les enfants, l'épidémie d'infection à VIH demeure toutefois un obstacle majeur à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, notamment pour l'OMD4 sur la mortalité infantile et l'OMD5 sur la mortalité maternelle.

Face à ce scénario, il faut redoubler les efforts de prévention ; et le secteur de la santé continue à être l'un des principaux points d'entrée pour fournir et offrir des services de prévention de l'infection à VIH, y compris le conseil et le dépistage (voir le chapitre 2). Il faut souligner la nécessité de continuer à investir dans l'élaboration et le renforcement des systèmes nationaux de surveillance du VIH afin de suivre au fil du temps les tendances de la prévalence et de l'incidence de cette infection, de la mortalité et des comportements associés à la transmission du virus, et pour évaluer la charge de cette infection au niveau de la population.

Pour élaborer des interventions de grande qualité reposant sur des bases factuelles, il faut procéder à une triangulation rigoureuse des différentes sources de données par pays. Les données obtenues à partir des systèmes de surveillance du VIH, et analysées en conjonction avec les données issues du suivi des programmes, sont essentielles pour mieux comprendre si la portée, l'objectif et l'approche des actions entrant dans le cadre du programme sont appropriés. Il faut également effectuer des modélisations et des calculs supplémentaires portant sur les interventions, notamment concernant leur impact sur les dynamiques épidémiologiques globales. Ces différentes étapes sont essentielles pour améliorer la conception et l'efficacité des programmes, et pour développer des mécanismes financiers à long terme et durables.

De nouvelles stratégies et technologies élaborées au cours de ces dernières années sont venues élargir la panoplie des interventions disponibles de prévention. Il faut maintenant accélérer les efforts pour élargir l'accès à ces interventions et accroître l'utilisation de ces services, y compris dans les groupes de population les plus vulnérables à l'infection à VIH.

Cela suppose l'extension, le cas échéant, des services de circoncision à travers une stratégie de prévention globale et intégrée, accompagnée d'une formation appropriée des agents de santé et de la communication de renseignements précis sur les limites de l'effet protecteur de cette intervention. Un nombre croissant d'éléments démontre aussi de façon convaincante que le traitement antirétroviral présente un avantage secondaire important en matière de prévention. Différentes actions permettront de bénéficier au mieux de son action préventive et de réduire plus encore l'incidence de l'infection à VIH au niveau de la population (voir le chapitre 4) : étendre le conseil et le dépistage du VIH, refaire le test de façon périodique (68) et traiter toutes les personnes qui en ont besoin.

En cours de développement, de nouvelles technologies de prévention sont prometteuses et pourraient être utilisables prochainement. La validation du principe selon lequel les microbicides de deuxième génération à base d'antirétroviraux pourraient être efficaces pour prévenir la transmission du VIH permet d'espérer que les femmes disposeront bientôt d'un instrument de prévention dont elles auront la maîtrise. De nouvelles recherches de confirmation et exploratoires sont maintenant nécessaires pour transformer ces résultats préliminaires en produits disponibles dans le commerce, et pour élaborer des approches afin de les inclure dans les programmes existants de prévention et de traitement.

Étendre la prévention de l'infection à VIH implique aussi, en plus des interventions du secteur de la santé, de chercher à croiser des disciplines et des méthodes multiples, et d'utiliser des approches comportementales et structurelles. Ainsi combinées, les interventions de prévention appellent des actions à la fois sur les risques immédiats de la personne et sur les déterminants de l'épidémie. Elles impliquent

l'élaboration d'une stratégie à plusieurs volets, qui fournit aussi bien des services et des programmes aux personnes que des investissements dans des interventions structurelles, notamment des réformes juridiques visant à interdire la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et la promotion d'un environnement qui les sécurise et les soutient basé sur les droits humains et la réduction de la vulnérabilité (69,70).

Il est aussi essentiel d'obtenir des données supplémentaires sur les stratégies optimales de prévention de l'infection à VIH pour des populations clés à risque élevé d'être infectées par le VIH, notamment les jeunes et les couples où l'un des partenaires est séropositif au VIH et l'autre séronégatif, et de développer des programmes adaptés à leurs besoins qui prennent en compte les caractéristiques comportementales et épidémiologiques de ces populations.

Une attention particulière doit également être accordée aux populations et aux groupes à risque élevé d'être infectés par le VIH, comme les migrants, les professionnel(le)s du sexe, les usagers de drogue par voie intraveineuse, les détenus, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les personnes transsexuelles. Les efforts réalisés doivent être immédiatement renforcés afin de fournir des services et des interventions de prévention de l'infection à VIH d'une intensité et d'une ampleur correspondant au risque élevé et permanent d'acquisition de l'infection à VIH encouru par ces populations. La sensibilisation doit être également accrue pour inclure ces populations dans les systèmes nationaux existant de surveillance du VIH et d'information sanitaire.

La criminalisation de la transmission du VIH, des relations homosexuelles, du commerce du sexe et de la consommation de drogue empêche l'utilisation d'interventions efficaces pour prévenir la transmission du VIH dans ces groupes de population, limite leur accès aux services de santé et amoindrit considérablement leurs chances de se faire soigner et de recevoir un traitement et une prise en charge susceptibles de leur sauver la vie. Ne pas reconnaître les toxicomanies comme des maladies graves limite aussi considérablement l'accès des consommateurs de drogue par injection aux principales interventions anti-VIH. L'obligation d'un traitement médicamenteux, bien qu'elle ne soit pas recommandée par l'OMS et l'ONUSIDA, a toujours cours ; les partenaires de développement doivent continuer à travailler avec les pays afin de mettre en place les recommandations mondiales préconisées (78).

Des actions fortes doivent être menées pour répondre aux besoins des groupes à risque élevé d'être infectés par le VIH, pour faire respecter leurs droits humains et les protéger de la violence et de l'exclusion. L'OMS et les partenaires mettent actuellement à jour certains de leurs principes directeurs pour faire face globalement aux multiples contraintes individuelles et structurelles qui continuent de limiter l'accès de ces groupes à des interventions efficaces de prévention et de traitement. 

Références

1. De Cock KM, De Lay P. HIV/AIDS estimates and the quest for universal access. *Lancet*, 2008, 371:2068-2070.
2. ONUSIDA, OMS. *AIDS epidemic update 2009*. Genève, Suisse, UNAIDS, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2009 (http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
3. Smith AD et al. Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 2009, 374:416-422.
4. Beyrer C et al. The expanding epidemics of HIV type 1 among men who have sex with men in low- and middle-income countries: diversity and consistency. *Epidemiologic Reviews*, 2010, 32:137-151.
5. Mathers BM et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008, 372:1733-1745.
6. Colvin M, Gorgens-Albino M, Kasedde S. *Analysis of HIV prevention response and modes of HIV transmission*. The UNAIDS-GAMET Supported Synthesis Process (http://www.unaidsrtesa.org/files/u1/analysis_hiv_prevention_response_and_mot.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
7. Gouws E et al. Trends in HIV prevalence and sexual behaviour among young people aged 15-24 years in countries most affected by HIV. *Sexually Transmitted Infections* (in press).
8. *Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010, (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241500234/en/index.html>, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
9. Lyerla R, Gouws E, Garcia-Calleja JM. The quality of serosurveillance in low- and middle-income countries: status and trends through 2007. *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84:i85-i91.
10. *HIV/AIDS in the South-East Asia Region*. New Delhi, Inde, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Asie du Sud-Est, 2009. (http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_HIV_AIDS_Report2009.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
11. OMS, ONUSIDA, UNICEF. *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/hiv/pub/tuapr_2009_fr.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
12. OMS, ONUDC, ONUSIDA. *Guide technique de l'OMS, l'ONUSIDA, l'ONUSIDA destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide_fr.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
13. *Blame and banishment. The underground HIV epidemic affecting children in Eastern Europe and Central Asia*. The United Nations Children's Fund (UNICEF), 2010 (http://www.unicef.org/media/files/UNICEF_Blame_and_Banishment.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
14. OMS, ONUSIDA. *Progress on implementing the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
15. Cook C (ed.). *The global state of harm reduction 2010: key issues for broadening the response*. London, International Harm Reduction Association, 2010.
16. Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010 [webappendix 10] ([http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/resources/Coverage+appendices/\\$file/Coverage+appendices.pdf](http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/resources/Coverage+appendices/$file/Coverage+appendices.pdf), consulté en ligne le 20 octobre 2010).
17. Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014-1028.
18. OMS, ONUDC. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/index.html>, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
19. *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: an application of selected human rights principles*. Manille, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour le Pacifique occidental, 2009 (http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
20. *HIV/AIDS in the South-East Asia Region*. New Delhi, Inde, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Asie du Sud-Est, 2009 (http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_HIV_AIDS_Report2009.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
21. Mehta S et al. The intersection between sex and drugs: HIV prevalence among sexual partners of IDU in Chennai, Inde. In: *17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, Californie, 16-19 février 2010 [Résumé N° W 15]*.

22. *Results from the HIV/STI integrated biological and behavioral surveillance (IBBS) in Viet Nam, 2005–2006*. Viet Nam, Ministère de la Santé, 2007 (<http://www.fhi.org/nr/rdonlyres/etpiez3jktbiyvwcx6upuefj7kqefygm4b5h5dplftlbyrgxhfnasakq24y3aymclczypl4cdn6cxj/vietnamibbs2006englishhv.pdf>, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
23. *Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées – Recommandations pour une approche de santé publique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/ScalingUP_FR.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
24. Laissar K-T et al. Services integration for injection drug users on antiretroviral therapy for management of HIV epidemic in Estonie. *Retrovirology*, 2010, 7(Suppl 1):P142.
25. Uhlmann et al. Methadone maintenance therapy promotes initiation of antiretroviral therapy among injection drug users. *Addiction*, 2010, 105:907–913.
26. Wisaksana R et al. Response to first-line antiretroviral treatment among human immunodeficiency virus-infected patients with and without a history of injecting drug use in Indonésie. *Addiction*, 2009, 105:1055–1061.
27. OMS, ONUDC, ONUSIDA. *Evidence for Action Technical Papers. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
28. Selwyn P et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 1989, 320:545–550.
29. Garfein R et al. Injection drug users at high risk for incident *M. tuberculosis* infection in Tijuana, Mexique. In: *17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, California, 16–19 February 2010*. (<http://www.retroconference.org/2010/PDFs/781.pdf> consulté en ligne le 20 octobre 2010).
30. Ottosson D. *State-sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*. Brussels, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, 2009.
31. McIntyre J. The need for HIV prevention interventions for men who have sex with men in Africa. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86:82–83, doi:10.1136/sti.2009.041640.
32. Henry E et al. Factors associated with unprotected anal intercourse among men who have sex with men in Douala, Cameroun. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86:136–140, doi:10.1136/sti.2009.036939.
33. Van Griensven F et al. Trends in HIV prevalence, estimated HIV incidence, and risk behavior among men who have sex with men in Bangkok, Thaïlande, 2003–2007. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 53:234–239.
34. Chemnasiri T et al. Inconsistent condom use among young men who have sex with men, male sex workers, and transgenders in Thaïlande. *AIDS Education and Prevention*, 2010, 22:100–109.
35. Ministère de la Santé. *Ouganda 2004–2005 HIV/AIDS serobehaviour surveys*. Kampala, Ouganda, Ministère de la Santé et ORC Macro, 2006.
36. Barker J et al. HIV infection among men having sex with men in Kampala, Ouganda. In: *XVIII International Aids Conference, Vienna, Autriche, 18–23 July 2010* [Abstract TUAC0304].
37. Smith A et al. Female clients and partners of MSM sex workers in Mombasa, Kenya. In: *17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, California, 16–19 February 2010* [Résumé # 39].
38. Smith AD et al. Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 2009, 374:416–422.
39. *Rapport sur la surveillance épidémiologique du VIH/sida dans la Région africaine de l'OMS: mise à jour 2007*. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2008 (http://www.who.int/hiv/pub/me/afro_epi_sur_2007_fr.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
40. Abu-Raddad L et al. *Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: time for strategic action*. Washington DC, Middle East and North Africa HIV/AIDS Epidemiology Synthesis Project, Banque mondiale/Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida/Organisation mondiale de la Santé, 2010.
41. Morison L et al. Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 2001, 15 (Suppl. 4):S61–S69.
42. The Global HIV Prevention Working Group [web site]. *Bringing HIV prevention to scale: an urgent global priority*. The Global HIV Prevention Working Group, June 2007 (http://www.globalhivprevention.org/pdfs/PWG-HIV_prevention_report_FINAL.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).

43. Hladik W et al. Bridging the epidemic: HIV in clients and sex partners of female sex workers in Kampala, Uganda. In: *17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, California, 16–19 February 2010*. [Résumé no. 969]
44. OMS, ONUSIDA. *New data on male circumcision and HIV prevention: policy and programme implications: conclusions and recommendations. Technical Consultation on male circumcision and HIV prevention: research implications for policy and programming, Montreux, 6–8 March 2007* (http://data.unaids.org/pub/Report/2007/mc_recommendations_en.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
45. Gray RH et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, 2007, 369:657–666.
46. Bailey RC et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2007, 369:643–656.
47. 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. doi:10.1371/journal.pmed20298.
48. Serwadda D et al. Circumcision of HIV-infected men: effects on high-risk human papillomavirus infections in a randomized trial in Rakai, Uganda. *Journal of Infectious Diseases*, 2010, 201:1463–1469.
49. Gray RH et al. Male circumcision decreases acquisition and increases clearance of high-risk human papillomavirus in HIV-negative men: a randomized trial in Rakai, Uganda. *Journal of Infectious Diseases*, 2010, 201:1455–1462.
50. Gray RH et al. Effects of genital ulcer disease and *Herpes Simplex* virus type 2 on the efficacy of male circumcision for HIV prevention: analyses from the Rakai trials. *PLoS Medicine*, 2009, 6:e1000187.
51. USAID Health Policy Initiative. *The potential cost and impact of expanding male circumcision in Afrique de l'Est et Afrique australe*. Washington, AID des États-Unis d'Amérique, 2009 (http://www.malecircumcision.org/programs/documents/14_country_summary11309.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
52. *Progress in male circumcision scale-up: country implementation and research update*. Genève, Organisation mondiale de la Santé/Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, juin 2010 (http://www.malecircumcision.org/documents/MC_country_June2010.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
53. *Male circumcision quality assurance: a guide to enhancing the safety and quality of services*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/who_hiv_mc_q_assurance.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
54. *Male circumcision services: quality assessment toolkit*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/who_hiv_q_assessment.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
55. Government of Kenya, Ministry of Public Health and Sanitation, National AIDS and STI Control Programme. *Progress report on Kenya's voluntary medical male circumcision programme, 2008–09:summary*. Nairobi, Kenya, Juillet 2010. (http://www.malecircumcision.org/documents/VMMC_Report.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
56. Male circumcision for HIV prevention: progress in scale-up. In: *17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, Californie, 16–19 février 2010*. (http://www.malecircumcision.org/programs/country_implementation_updates.html, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
57. 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.
58. *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
59. *Prevalence and incidence in 2005 of selected sexually transmitted infections: chlamydia, gonorrhoea, syphilis, and trichomoniasis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).
60. Ramesh BM et al. Changes in risk behaviours and prevalence of sexually transmitted infections following HIV preventive interventions among female sex workers in five districts in Karnataka state, south Inde. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86(Suppl 1):i17–i24.
61. Base de Données mondiale sur la Sécurité transfusionnelle de l'OMS. Aide-mémoire pour les programmes nationaux de transfusion sanguine. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002. (http://www.who.int/bloodsafety/transfusion_services/en/Blood_Safety_French.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
62. Base de Données mondiale sur la Sécurité transfusionnelle de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/bloodsafety/global_database/en/, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
63. Plan stratégique à moyen terme 2008–2013 de l'OMS (version révisée). Genève, avril 2009 (projet) (http://apps.who.int/gb/f/f_amtsp3.html, consulté en ligne le 20 octobre 2010).

64. Family Health International (FHI), Centre for the AIDS Programme of Research in Afrique du Sud. *CAPRISA 004 trial: summary sheet of facts*. Research Triangle Park, Caroline du Nord, États-Unis d'Amérique, juillet 2010. (<http://www.caprissa.org/joomla/>, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
65. Family Health International (FHI), Centre for the AIDS Programme of Research in Afrique du Sud. *Factsheet: results of the CAPRISA 004 trial on the effectiveness of tenofovir gel for HIV prevention*. Research Triangle Park, Caroline du Nord, États-Unis d'Amérique, juillet 2010.
66. CAPRISA (Centre for the AIDS Programme of Research in Afrique du Sud) [web site]. *Backgrounder CAPRISA 004 trial to assess the effectiveness and safety of 1%tenofovir gel in preventing HIV infection* ([http://www.caprissa.org/joomla/Micro/CAPRISA %20004 %20 Backgrounder_20 %20July %202010.pdf](http://www.caprissa.org/joomla/Micro/CAPRISA%20004%20Backgrounder_20%20July%202010.pdf), consulté en ligne le 20 octobre 2010).
67. *Positive Health, Dignity and Prevention. Technical consultation report*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2009 (http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20091128_phdp_mr_lr_en.pdf, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
68. *Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte*. Organisation mondiale de la Santé. Genève, Suisse, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242599114_fre.pdf, consulté en ligne le 27 septembre 2010).
69. *Malawi and Tanzania research shows promise in preventing HIV and sexually-transmitted infections*. Washington, Banque mondiale, juillet 2010 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/EXTAFRREGTOPHIVAIDS/0,,contentMDK:22649337-menuPK:717155-pagePK:34004173-piPK:34003707-theSitePK:717148,00.html>, consulté en ligne le 20 octobre 2010).
70. Strathdee SA et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet*, 2010, publié en ligne en juillet 2010 DOI:10.1016/ S0140-6736(10)60743-X.

4. TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Principales conclusions

- Fin 2009, 5 254 000 personnes recevaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen, soit une augmentation de 1,2 million de personnes par rapport à décembre 2008. Ceci représente une augmentation de 30 % par rapport à l'année précédente et une multiplication par 13 en six ans. C'est en Afrique subsaharienne que le nombre absolu de personnes recevant un traitement a connu la plus forte augmentation, passant de 2 950 000 en décembre 2008 à environ 3 910 000 une année plus tard.
- En décembre 2009, huit pays à revenu faible ou moyen étaient déjà parvenus à un accès universel au traitement antirétroviral, qui se définit par la fourniture d'un traitement antirétroviral à au moins 80 % des patients qui en ont besoin ; 21 pays supplémentaires étaient par ailleurs parvenus à un taux de couverture dépassant 50 %.
- L'OMS recommande maintenant que les adultes et les adolescents commencent un traitement antirétroviral à un stade plus précoce de la maladie. Dans les lignes directrices mises à jour de l'OMS, il est recommandé que tous les adultes et les adolescents, y compris les femmes enceintes, infectés par le VIH et dont le nombre de CD4 est inférieur ou égal à 350 cellules/mm³, commencent un traitement antirétroviral, qu'ils présentent ou non des symptômes cliniques. Ces changements se traduisent par un accroissement du nombre estimé de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral à la fin de 2009, de 10,1 à 14,6 millions [13,5-15,8 millions].
- En décembre 2009, 45 pays avaient déjà intégré dans leurs directives nationales de traitement les nouvelles recommandations de l'OMS sur les critères d'admissibilité pour commencer un traitement, et sur les schémas thérapeutiques pour les adultes et les adolescents, 33 pays avaient entrepris d'arrêter progressivement l'utilisation de la stavudine (d4T).
- En 2009, la couverture du traitement antirétroviral a continué à progresser dans les pays à revenu faible ou moyen. La couverture a augmenté, passant de 28 % [26-31 %] en décembre 2008 à 36 % [33-39 %] à la fin de 2009 et sur la base du nouvel ensemble de critères pour commencer un traitement. Selon les anciens critères pour commencer un traitement (nombre de CD4 inférieur ou égal à 200 cellules/mm³), la couverture mondiale aurait atteint 52 % [47-58 %] en 2009.
- Le nombre d'enfants de moins de 15 ans recevant un traitement antirétroviral a augmenté de 29 % entre 2008 et 2009. À la fin de l'année 2009, environ 356 400 enfants recevaient un traitement antirétroviral, alors qu'ils étaient 275 300 à la fin de l'année 2008. Les enfants représentent 6,8 % des personnes recevant un traitement antirétroviral, et 8,7 % des personnes ayant besoin de ce traitement.
- Dans 95 pays ayant transmis des données, la couverture du traitement antirétroviral était plus élevée chez les femmes que chez les hommes, étant respectivement de 39 % et de 31 % selon les estimations.
- Les données portant sur la proportion de patients continuant à recevoir un traitement antirétroviral au fil du temps ont encore montré que, la plupart du temps, la réduction du nombre de patients survenait principalement au cours de la première année de traitement et que le taux de rétention se stabilisait par la suite. En 2009, le taux de rétention moyen sur 12 mois était de 82 % dans les pays à revenu faible ou moyen.
- On dispose maintenant de davantage de données montrant l'impact positif du traitement antirétroviral sur la transmission du VIH ; des recherches complémentaires sont en cours pour identifier et étudier les implications sur les politiques et les implications opérationnelles d'un tel constat.
- Vingt-huit pays ont réalisé des enquêtes pour classer le niveau de pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux, ou sont en train de mettre en place ce type d'enquête. Des résultats soumis à une procédure d'assurance qualité sont disponibles pour 15 enquêtes. Dans 13 enquêtes, la pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux était classifiée comme faible (< 5 %), et dans deux d'entre elles comme modérée (entre 5 % et 15 %).
- Entre 2008 et 2009, le prix des différents schémas thérapeutiques de première intention a continué à diminuer, mais de façon limitée. Cependant, le prix des schémas thérapeutiques de deuxième intention est resté considérablement plus élevé que celui des schémas thérapeutiques de première intention. En 2009, la médiane pondérée du prix des six schémas thérapeutiques de première intention les plus utilisés était de US\$ 137 par personne et par an dans les pays à revenu faible, US\$ 141 dans les pays à revenu moyen de la tranche inférieure, et US\$ 202 dans les pays à revenu moyen de la tranche supérieure. Pour les schémas thérapeutiques de deuxième intention les plus utilisés, la médiane pondérée du prix par personne et par an était respectivement de US\$ 853, US\$ 1378 et US\$ 3638.
- Dans les pays à revenu faible ou moyen hors Amériques (soit 59 pays ayant transmis des données), 97,5 % des patients adultes sous traitement antirétroviral recevaient un schéma thérapeutique de première intention, et 2,4 % un schéma thérapeutique de deuxième intention.
- Au cours de ces dernières années, des progrès ont été accomplis pour qu'un plus grand nombre de patients atteints de tuberculose bénéficient d'un conseil et d'un dépistage du VIH. En 2008, près de 1,4 million de patients atteints de tuberculose connaissaient leur statut par rapport au VIH, ce qui représentait 22 % des cas déclarés, comparé à 16 % en 2007 et 3,2 % en 2004. Toutefois, chez les patients vivant avec le VIH et la tuberculose, la couverture du traitement antirétroviral était faible, et la mise en œuvre de la stratégie des « trois I » pour lutter contre le VIH et la tuberculose – dépistage intensifié des cas de tuberculose chez les patients présentant une infection à VIH, traitement préventif par l'isoniazide, et lutte contre l'infection tuberculeuse – est demeurée insuffisante.

Malgré la forte détérioration que l'économie mondiale a connue en 2009, les pays et les partenaires engagés dans la riposte mondiale au VIH ont continué à remporter de remarquables succès. Au cours de cette année, 1,2 million de personnes supplémentaires ont reçu un traitement antirétroviral susceptible de leur sauver la vie dans les pays à revenu faible ou moyen, faisant passer le nombre de personnes sous traitement en situation de ressources limitées à 5,25 millions. Ceci équivaut à une multiplication par 13 du nombre de patients enregistrés en décembre 2003, qui était de 400 000. Outre cette forte augmentation du nombre de patients traités, l'année 2009 a aussi été marquée par plusieurs avancées techniques importantes qui ont modifié considérablement la manière de mettre en œuvre le traitement antirétroviral.

De nombreuses données attestent maintenant du besoin de commencer le traitement antirétroviral à un stade plus précoce de l'infection à VIH, et du bien-fondé d'un arrêt progressif de l'utilisation de la stavudine (d4T) comme option privilégiée du fait de divers problèmes de toxicité à long terme posés par cet antirétroviral; par le biais d'un vaste processus consultatif, l'OMS a donc mis à jour ses lignes directrices portant sur le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent. Qu'ils présentent ou non des symptômes cliniques, les adultes et les adolescents infectés par le VIH, y compris les femmes enceintes, doivent aujourd'hui commencer un traitement antirétroviral quand leur nombre de CD4 est inférieur ou égal à 350 cellules/mm³ (encadré 4.1).

Encadré 4.1. Nouvelles lignes directrices de l'OMS sur le traitement antirétroviral en situation de ressources limitées

En décembre 2009 et suite à la publication de nouvelles données scientifiques, l'OMS a mis à jour ses lignes directrices sur le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent. Celles-ci ont été élaborées en consultation avec de nombreux partenaires techniques et partenaires d'exécution. Selon les nouvelles lignes directrices, un traitement antirétroviral doit être commencé chez tous les adolescents et les adultes infectés par le VIH, y compris les femmes enceintes, dont le nombre de CD4 est inférieur ou égal à 350 cellules/mm³, qu'ils présentent ou non des symptômes cliniques. Un traitement antirétroviral doit être commencé chez tous ceux qui présentent une infection à VIH à un stade clinique avancé (stade de l'OMS 3 ou 4), quel que soit leur nombre de CD4. Une enquête menée récemment par l'OMS montre que plusieurs pays ont déjà mis à jour leurs directives nationales afin de prendre en compte ce changement instaurant un début plus précoce du traitement antirétroviral (voir le sous-chapitre 4.1.6).

Les recommandations sur les traitements de première et de deuxième intention ont également été mises à jour. Le traitement de première intention doit comprendre un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) et deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), l'un d'entre eux étant la zidovudine (AZT) ou le ténofovir (TDF). Les pays doivent prendre des mesures pour diminuer l'utilisation du d4T dans les schémas thérapeutiques de première intention, antirétroviral reconnu pour avoir des effets toxiques à long terme. Le traitement de deuxième intention demeure quant à lui inchangé: il doit comprendre un inhibiteur de la protéase potentialisé par le ritonavir (RTV) plus deux INTI, l'un d'entre eux étant l'AZT ou le TDF, selon ce qui a été utilisé dans le schéma thérapeutique de première intention. Les inhibiteurs de la protéase privilégiés sont l'atazanavir (ATZ) potentialisé par le RTV et le lopinavir/ritonavir (LPV/r). Quel que soit le nombre de CD4, les patients présentant une co-infection par le VIH et la tuberculose doivent commencer un traitement antirétroviral dès que possible après avoir commencé le traitement antituberculeux, idéalement dans les huit semaines qui suivent. La même recommandation s'applique aux patients infectés par le VIH et présentant une hépatite B chronique active (encadré 4.12). (1–7).

De plus, les personnes vivant avec le VIH et présentant une tuberculose doivent commencer un traitement antirétroviral quel que soit leur nombre de CD4. Ces changements sont des étapes importantes pour réduire l'excédent de morbidité et de mortalité, et améliorer les résultats cliniques et l'efficacité globale des programmes. Des données montrant clairement l'impact positif du traitement antirétroviral sur la prévention de la transmission du VIH ont également été publiées. La mise en œuvre des lignes directrices révisées de l'OMS sur le traitement nécessitera des ressources financières et des techniques supplémentaires, mais elle devrait également permettre de réaliser des économies à long terme en réduisant les hospitalisations, le nombre de décès et la transmission du VIH.

En plus de devoir rapidement élargir l'accès au traitement antirétroviral aux patients n'ayant toujours pas pu en bénéficier, les pays doivent aussi faire face à la difficulté d'assurer la pérennité des programmes existants et de continuer à les gérer. Dans ce but, et dans un contexte financier mondial peu favorable, il est essentiel d'améliorer l'efficacité et l'efficacé de la riposte mondiale au sida, tout en encadrant d'une surveillance étroite la qualité de la prestation de services afin de favoriser l'observance du traitement et la rétention des patients et de garantir qu'elles soient les meilleures possibles.

4.1. Traitement antirétroviral

4.1.1. Avancées obtenues dans le monde, les régions et les pays en vue de l'accès au traitement antirétroviral

Fin 2009, 5 254 000 personnes recevaient un traitement antirétroviral, soit 1,2 million¹ de personnes supplémentaires par rapport à fin 2008 (tableau 4.1 et figure 4.1).

En 2009, la plus forte augmentation du nombre de personnes recevant un traitement a été enregistrée en Afrique subsaharienne, région la plus touchée par l'épidémie; leur nombre est passé de 2 950 000 en décembre 2008 à environ 3 911 000 une année plus tard, soit une augmentation de 33 %. En Europe orientale et en Asie centrale, le nombre de personnes recevant un traitement a progressé de 34 %, passant de 84 400 à la fin de l'année 2008 à 114 000 en décembre 2009. À l'exception de l'Amérique latine, le taux de progression a été relativement homogène dans les autres régions, se situant aux environs de 30 % en un an.

Avec une hausse d'environ 6 %, l'augmentation du nombre de personnes recevant un traitement en Amérique latine a été relativement modeste en 2009 par rapport à 2008. Ceci s'explique par le fait que la plupart des grands pays

¹ Ce chiffre sous-estime probablement le nombre exact de personnes ayant commencé un traitement en 2009, certaines d'entre elles étant décédées ou ayant arrêté le traitement après l'avoir commencé. Lors de leur rapport, les pays ne déclarent pas le nombre total de personnes ayant commencé un traitement antirétroviral au cours d'une année, mais seulement le nombre de patients vivants et sous traitement antirétroviral à la fin de la période examinée.

Tableau 4.1. Nombre d'adultes et d'enfants (cumulés) qui recevaient un traitement antirétroviral, qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral, et taux de couverture dans les pays à revenu faible ou moyen par région, en décembre 2008 et en décembre 2009^a

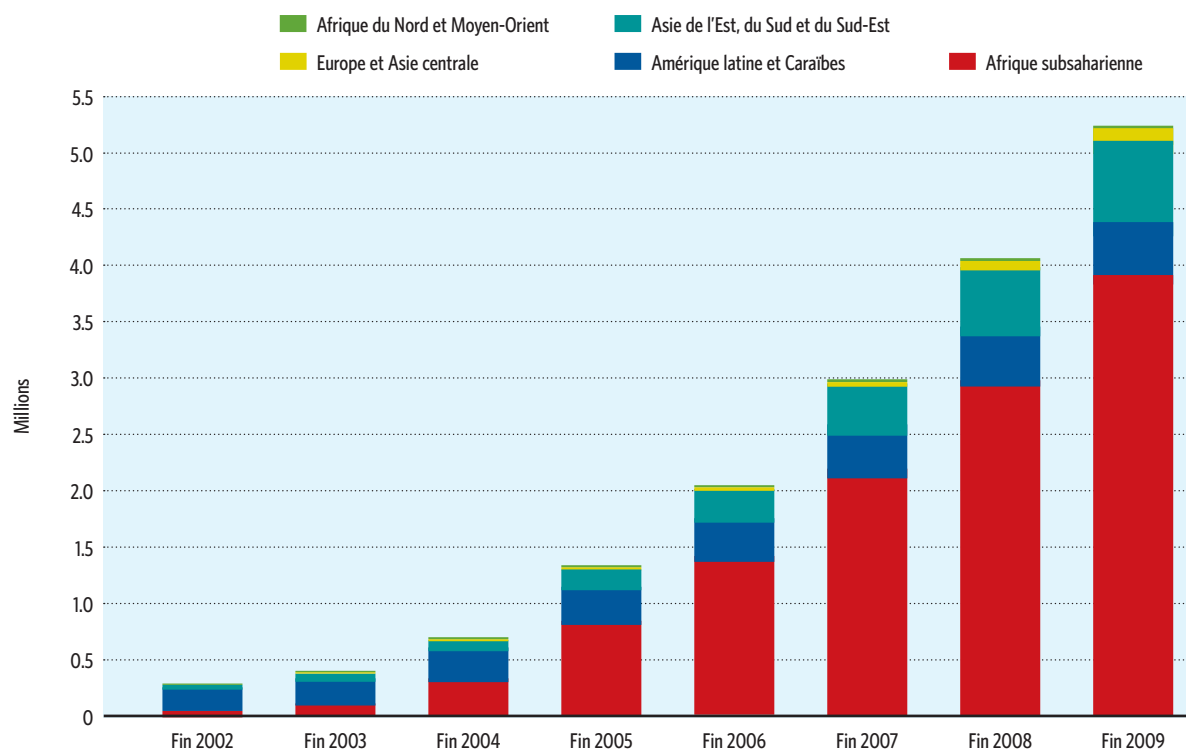
Région géographique	En décembre 2009			En décembre 2008		
	Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, selon les lignes directrices de l'OMS de 2010 [fourchette] ^a	Couverture du traitement antirétroviral, selon les lignes directrices de l'OMS de 2010 [fourchette] ^b	Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, selon les lignes directrices de l'OMS de 2010 [fourchette] ^a	Couverture du traitement antirétroviral, selon les lignes directrices de l'OMS de 2010 [fourchette] ^b
Afrique du Nord et Moyen-Orient	12 000	100 000 [88 000-120 000]	11% [10-14%]	9 100	91 000 [75 000-110 000]	10% [9-12%]
Afrique subsaharienne	3 911 000	10 600 000 [9 700 000-11 500 000]	37% [34-40%]	2 950 000	10 400 000 [9 500 000-11 300 000]	28% [26-31%]
Afrique orientale et australe	3 203 000	7 700 000 [7 200 000-8 300 000]	41% [38-45%]	2 416 000	7 600 000 [7 000 000-8 100 000]	32% [30-34%]
Afrique centrale et occidentale	709 000	2 900 000 [2 500 000-3 200 000]	25% [22-28%]	533 000	2 800 000 [2 500 000-3 200 000]	19% [17-22%]
Amérique latine et Caraïbes	478 000	950 000 [810 000-1 000 000]	50% [46-59%]	439 000	910 000 [790 000-1 000 000]	48% [44-56%]
Amérique latine	425 000	840 000 [700 000-940 000]	51% [45-61%]	400 000	810 000 [680 000-900 000]	49% [45-59%]
Caraïbes	52 400	110 000 [95 000-120 000]	48% [42-55%]	39 900	110 000 [93 000-120 000]	37% [33-43%]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	739 000	2 400 000 [2 000 000-2 900 000]	31% [26-36%]	571 000	2 300 000 [2 000 000-2 900 000]	25% [20-29%]
Europe et Asie centrale	114 000	610 000 [550 000-710 000]	19% [16-21%]	84 400	570 000 [510 000-660 000]	15% [13-17%]
Ensemble des pays à revenu faible ou moyen	5 254 000	14 600 000 [13 500 000-15 800 000]	36% [33-39%]	4 053 000	14 300 000 [13 200 000-15 400 000]	28% [26-31%]

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

a. L'encadré 4.2 donne des informations supplémentaires sur les méthodes utilisées en vue d'estimer les besoins en traitement antirétroviral et la couverture de ce traitement pour les années 2008 et 2009.

b. L'estimation de la couverture est basée sur les estimations non arrondies du nombre de personnes qui recevaient un traitement antirétroviral et du nombre de personnes qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral.

Figure 4.1. Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen, par région, de 2002 à 2009



de cette région ont déjà atteint des niveaux relativement élevés de couverture.

En 2009, plus de 83 % du nombre total de patients recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen vivaient dans 20 pays, situés pour la plupart en Afrique subsaharienne (tableau 4.2). L'Afrique du Sud, pays qui compte le plus grand nombre absolu de personnes vivant avec le VIH, fournit maintenant un traitement à 18 % de tous les patients du monde entier. Le Zimbabwe a enregistré la plus forte augmentation du nombre de nouveaux patients, le nombre de personnes sous traitement ayant augmenté de près de 50 % entre décembre 2008 et décembre 2009. Malgré des progrès continus, le nombre de personnes recevant un traitement demeure dans beaucoup de ces pays nettement inférieur au nombre de personnes qui en ont besoin (tableau 4.2).

Dans les pays à revenu élevé, au moins 700 000 personnes recevaient un traitement antirétroviral, dont environ 385 000 personnes en Europe, 300 000 en Amérique du

Nord et dans les Caraïbes, et 15 500 en Asie, en Océanie et au Moyen-Orient. Au niveau mondial, le nombre total de personnes bénéficiant fin 2009 d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen et dans les pays à revenu élevé est estimé à environ six millions.

En 2009, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'*Emergency Plan for AIDS Relief* du Président des États-Unis d'Amérique (PEPFAR) étaient toujours les deux plus importantes sources de financement international pour les programmes de traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen. En décembre 2009, les programmes soutenus par le Fonds mondial fournissaient un traitement antirétroviral à 2,5 millions de personnes, et ceux soutenus par le PEPFAR à 2,4 millions de personnes (8). Environ 1,3 million de personnes recevaient cependant un traitement par l'intermédiaire de programmes financés par les deux initiatives; en définitive, celles-ci soutenaient ensemble des programmes fournissant fin 2009 un traitement à environ 3,7 millions de personnes (9,10).

Encadré 4.2. Méthodes utilisées pour estimer les besoins en traitement antirétroviral et la couverture du traitement antirétroviral chez l'adulte

La couverture du traitement antirétroviral mesure, selon les données fournies par les programmes nationaux, la proportion de personnes recevant ce type de traitement par rapport au nombre estimé de personnes en ayant besoin. Les valeurs utilisées pour le dénominateur sont donc des estimations obtenues à l'aide d'une méthode de modélisation statistique normalisée (voir ci-dessous) utilisant différentes variables, dont notamment l'ensemble des critères recommandés par l'OMS pour commencer un traitement antirétroviral (11). Du fait des changements dans les lignes directrices portant sur le traitement adoptées en 2010 (encadré 4.1), il ne faut donc pas comparer les chiffres de couverture publiés dans les rapports précédents avec ceux présentés ici.

Sur la base des recommandations du Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections, l'ONUSIDA et l'OMS ont mis au point des méthodes et des outils de modélisation afin de produire pour les différents pays une estimation de l'ampleur de l'épidémie et des principaux indicateurs d'impact, notamment de la mortalité (12). Ces estimations nationales concernant l'infection à VIH sont utilisées comme base pour calculer le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement. Sont incluses toutes les personnes qui remplissent les critères pour commencer un traitement, qu'elles connaissent ou non leur statut par rapport au VIH et qu'elles sachent ou non si elles remplissent ces critères.

Les besoins en traitement sont influencés par un certain nombre de facteurs; ils sont évalués au moyen d'un logiciel appelé Spectrum (13). Cet outil tient compte des données épidémiologiques nationales et de certaines hypothèses déterminantes, notamment la prévalence de l'infection à VIH chez l'adulte au fil du temps, la durée moyenne de survie des personnes vivant avec le VIH avec et sans traitement antirétroviral et le délai moyen entre la séroconversion et le moment où une personne remplit les critères d'admissibilité pour commencer un traitement antirétroviral. Pour chaque pays, les estimations du besoin en traitement sont obtenues en faisant la somme des besoins estimés chez l'adulte et l'enfant de moins de 15 ans.¹

Les estimations des besoins en traitement antirétroviral pour chaque pays, et les estimations régionales et mondiales correspondantes, sont mises à jour tous les deux ans sur la base des informations épidémiologiques les plus récentes et en utilisant des méthodes d'estimation actualisées.

Implications pour les estimations mondiales des besoins en traitement et en ressources

La recommandation de l'OMS de faire passer le seuil du nombre de CD4 à partir duquel il faut commencer un traitement antirétroviral de 200 à 350 cellules/mm³ s'est traduite en 2009 par une augmentation de 45 % du nombre estimé de personnes ayant besoin de ce traitement dans les pays à revenu faible ou moyen, passant de 10,1 à 14,6 millions. Cette augmentation du nombre de patients admissibles devrait se traduire par une augmentation des investissements initiaux, nécessaire pour permettre un accès universel au traitement là où les ressources sont limitées; mais il est probable que cette dépense sera compensée à moyen terme par des économies du fait d'un nombre moins élevé d'hospitalisations et d'une diminution des taux de morbidité et de mortalité. Par son effet sur la diminution de la transmission du VIH, le traitement antirétroviral pourrait augmenter les avantages économiques de son extension. Une étude récente concernant l'Afrique du Sud a montré que l'adoption des nouveaux critères pour commencer un traitement aurait pour conséquences immédiates une augmentation des investissements nécessaires, mais que ceux-ci seraient entièrement compensés dès 2014 par les économies réalisées et que, sur cinq ans, l'ensemble des coûts du programme diminuerait en fait d'environ US\$ 470 millions.²

Pour assurer la pérennisation de la riposte mondiale, il est essentiel d'étendre la capacité des programmes pour que tous les patients maintenant admissibles pour commencer un traitement soient pris en charge; mais il est également nécessaire d'améliorer les approches utilisées dans le traitement et la prise en charge de l'infection à VIH. L'initiative Traitement 2.0, lancée par l'OMS et l'ONUSIDA, vise à maximiser globalement les résultats du traitement antirétroviral par l'emploi de schémas thérapeutiques utilisant des associations d'antirétroviraux plus simples et moins prédisposées à la pharmacorésistance, des outils diagnostiques moins coûteux et simplifiés, et une approche peu onéreuse pour la prestation des services basée sur la communauté.

¹ Les méthodes utilisées pour obtenir les estimations du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral sont décrites dans l'encadré 5.6 du chapitre 5.

² Kahn JG et al. Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: estimated cost and cost-effectiveness 2011–2050 (données non publiées). Les scénarios sont basés sur un taux de couverture du traitement antirétroviral de 90 %.

Tableau 4.2. Les vingt pays à revenu faible ou moyen qui comptaient le plus grand nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral en décembre 2009 : nombre de personnes qui recevaient un traitement antirétroviral, pourcentage de la couverture et progrès réalisés entre 2008 et 2009

Pays	Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral en décembre 2008	Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral en décembre 2009	Couverture du traitement antirétroviral, en 2009 [fourchette] selon les lignes directrices de l'OMS de 2006	Couverture du traitement antirétroviral, en 2009 [fourchette] selon les lignes directrices de l'OMS de 2010	Augmentation en pourcentage entre 2008 et 2009
Afrique du Sud	730 183	971 556	56 % [48-65 %]	37 % [35-39 %]	33 %
Botswana	117 045	145 190	>95 % [94->95 %]	83 % [77-97 %]	24 %
Brésil	194 984	...	... [65->95 %] ^a	... [50-89 %] ^a	...
Cameroun	59 960	76 228	41 % [34-51 %]	28 % [25-33 %]	27 %
Chine	48 254	65 481	... [31-67 %] ^b	... [19-38 %] ^b	36 %
Côte d'Ivoire	51 820	72 011	39 % [33-47 %]	28 % [24-32 %]	39 %
Éthiopie	132 379	176 632	... [58-86 %] ^b	... [45-62 %] ^b	33 %
Fédération de Russie	54 900	75 900	... [27-42 %] ^b	... [16-24 %] ^b	38 %
Inde	234 581	320 074	41 % [36-46 %]	26 % [23-28 %]	36 %
Kenya	250 576	336 980	65 % [55-79 %]	48 % [42-55 %]	34 %
Malawi	147 497	198 846	63 % [53-77 %]	46 % [40-53 %]	35 %
Mozambique	128 330	170 198	45 % [36-55 %]	30 % [26-34 %]	33 %
Namibie	59 376	70 498	>95 % [82->95 %]	76 % [62-92 %]	19 %
Nigéria	238 659	302 973	31 % [25-38 %]	21 % [18-25 %]	27 %
Ouganda	153 718	200 413	53 % [44-67 %]	39 % [33-46 %]	30 %
République-Unie de Tanzanie	154 468	199 413	44 % [36-53 %]	30 % [27-34 %]	29 %
Rwanda	63 149	76 726	>95 % [87->95 %]	88 % [74->95 %]	21 %
Thaïlande	185 086	216 118	76 % [62-95 %]	61 % [50-78 %]	17 %
Zambie	219 576	283 863	85 % [72->95 %]	64 % [56-75 %]	29 %
Zimbabwe	148 144	218 589	49 % [42-57 %]	34 % [30-38 %]	48 %

a Les données sur le Brésil ne sont pas disponibles pour l'année 2009.

b Les estimations du nombre de personnes ayant besoin de recevoir un traitement antirétroviral sont en cours d'examen et seront ajustées, si nécessaire, en fonction du recensement et de l'analyse des données en cours. La couverture ne peut donc être donnée que sous forme de fourchette.

Dans les pays à revenu faible ou moyen, la couverture du traitement antirétroviral a continué à progresser en 2009 pour atteindre en fin d'année 36 % [33-39 %] des 14,6 millions [13,7-15,8 millions] de personnes qui, selon les estimations, devaient recevoir ce traitement (tableau 4.3). Cette estimation mise à jour des besoins totaux est basée sur les recommandations de l'OMS de 2010 pour commencer un traitement chez les patients dont le nombre de CD4 atteint ou passe en dessous du seuil de 350 cellules/mm³ (encadrés 4.1 et 4.2). En utilisant ces mêmes critères, la couverture en 2008 était de 28 % [26-31 %]. Bien que la tendance demeure clairement à l'augmentation, la couverture mondiale, selon les lignes directrices de 2006, aurait atteint 52 % [47-58 %] à la fin de l'année 2009.

L'Amérique latine et les Caraïbes représentent 6 % des besoins dans les pays à revenu faible ou moyen, mais 9 % du

nombre total de personnes recevant un traitement ; comme cela a déjà été le cas au cours des années précédentes, la couverture moyenne y était de 50 % [46-59 %], soit la couverture régionale la plus élevée en 2009 (tableau 4.1). Ceci s'explique par des programmes de traitement antirétroviral commencés plus tôt dans certains grands pays de la région.

En Afrique subsaharienne, la couverture du traitement antirétroviral a atteint 37 % [34-40 %] en 2009. En fin d'année, cette région représentait 72 % des besoins estimés en traitement dans les pays à revenu faible ou moyen et 74 % du nombre total de personnes recevant un traitement. Il existait cependant des différences importantes entre les sous-régions : alors que 41 % [38-45 %] des personnes qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral recevaient ce traitement en Afrique orientale et australe, la couverture en Afrique centrale et occidentale a stagné à

Tableau 4.3. Estimation du pourcentage de la couverture du traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen par région en fonction des lignes directrices de l'OMS de 2010 et de 2006, en décembre 2008 et en décembre 2009^a

Région géographique	Couverture du traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2010 (début du traitement quand le nombre de CD4 est < 350 cellules/mm ³) en décembre 2009 [fourchette] ^b	Couverture du traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2006 (début du traitement quand le nombre de CD4 est < 200 cellules/mm ³) en décembre 2009 [fourchette] ^b	Couverture du traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2010 (début du traitement quand le nombre de CD4 est < 350 cellules/mm ³) en décembre 2008 [fourchette] ^b	Couverture du traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2006 (début du traitement quand le nombre de CD4 est < 200 cellules/mm ³) en décembre 2008 [fourchette] ^b
Afrique du Nord et Moyen-Orient	11 % [10-14 %]	18 % [15-23 %]	10 % [9-12 %]	16 % [13-21 %]
Afrique subsaharienne	37 % [34-40 %]	53 % [47-61 %]	28 % [26-31 %]	42 % [37-48 %]
Afrique orientale et australe	41 % [38-45 %]	59 % [53-67 %]	32 % [30-34 %]	47 % [42-53 %]
Afrique centrale et occidentale	25 % [22-28 %]	36 % [30-44 %]	19 % [17-22 %]	28 % [23-35 %]
Amérique latine et Caraïbes	50 % [46-59 %]	67 % [61-78 %]	48 % [44-56 %]	65 % [60-76 %]
Latin America	51 % [45-61 %]	67 % [61-79 %]	49 % [45-59 %]	66 % [61-78 %]
Caraïbes	48 % [42-55 %]	67 % [58-80 %]	37 % [33-43 %]	54 % [46-65 %]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	31 % [26-36 %]	47 % [39-56 %]	25 % [20-29 %]	38 % [31-46 %]
Europe et Asie centrale	19 % [16-21 %]	31 % [26-36 %]	15 % [13-17 %]	25 % [21-30 %]
Ensemble des pays à revenu faible ou moyen	36 % [33-39 %]	52 % [47-58 %]	28 % [26-31 %]	42 % [38-48 %]

a Des explications concernant les méthodes utilisées se trouvent dans l'annexe 1 et dans l'encadré 4.2.

b L'estimation de la couverture est basée sur le nombre non arrondi de personnes qui recevaient un traitement antirétroviral et sur le nombre non arrondi de personnes qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral.

Tableau 4.4. Pays à revenu faible ou moyen où l'estimation de la couverture du traitement antirétroviral était comprise entre 50 % et 80 %, et était de 80 % ou plus, en décembre 2009^a

Pays où la couverture du traitement antirétroviral était comprise entre 50 % et 80 % (n = 21)	Pays où la couverture du traitement antirétroviral était de 80 % ou plus (n = 8)
Argentine Bénin Brésil Chili Costa Rica El Salvador Éthiopie Géorgie ^b Mali Mexique Namibie Papouasie-Nouvelle-Guinée Sénégal Slovaquie ^b Suriname Swaziland Thaïlande Tunisie ^b Turquie Zambie	Botswana Cambodge Croatie ^b Cuba Guyane Oman ^b Roumanie Rwanda

a Les estimations de la couverture sont calculées selon les nouvelles lignes directrices de l'OMS de 2010 pour commencer un traitement (quand le nombre de CD4 est < 350 cellules/mm³).

b Pays où l'estimation du nombre de personnes qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral est inférieure à 1000 personnes. La marge d'incertitude encadrant ces estimations de couverture ayant un impact important, les données concernant ces pays doivent être interprétées avec précaution.

25 % [22-28 %]. Cette couverture plus faible en Afrique centrale et occidentale s'explique en partie par le fait que l'estimation de la couverture au Nigéria est de 21 % alors que ce pays compte 50 % des besoins en traitement de la sous-région, ce qui a eu des répercussions sur l'estimation faite pour le groupe auquel appartient ce pays.

En 2009, la couverture s'est également étendue dans toutes les autres régions, mais plus faiblement en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est avec 31 % [26-36 %], en Europe et en Asie centrale avec 19 % [16-21 %], et en Afrique du Nord et au Moyen-Orient où seulement 11 % [10-14 %] des besoins en traitement antirétroviral pour la région ont été couverts. Plusieurs pays de ces régions doivent faire face à des épidémies d'infection à VIH concentrées dans des groupes de population identifiés comme étant à risque élevé d'être infectés et parmi les plus difficiles à atteindre, alors que leur accès aux services de traitement et de prise en charge est limité et que les programmes sont principalement orientés pour couvrir les besoins de la population générale.

À la fin de l'année 2009, huit pays à revenu faible ou moyen (Botswana, Cambodge, Croatie, Cuba, Guyane, Oman, Roumanie et Rwanda) étaient parvenus à l'accès universel au traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS, étant habituellement entendu comme la couverture d'au moins 80 % des patients qui ont besoin d'un traitement (tableau 4.4). Des taux de couverture supérieurs à 50 % étaient atteints dans 21 autres pays. Si l'on prenait en compte le critère précédent relatif au

nombre de CD4 pour commencer un traitement (lignes directrices de l'OMS de 2006), neuf autres pays auraient aussi atteint l'accès universel en 2009 (Argentine, Chili, Costa Rica, Géorgie, République démocratique populaire lao, Namibie, Swaziland, Turquie et Zambie).

4.1.2. Accès des femmes et des enfants au traitement antirétroviral

Au total, 143 pays ont transmis des données désagrégées sur les adultes et les enfants. À la fin de l'année 2009, environ 356 400 enfants de moins de 15 ans recevaient un traitement antirétroviral, contre 275 300 à la fin de l'année 2008, soit une augmentation de 29 % d'une année à l'autre (une analyse détaillée du traitement pédiatrique se trouve dans le chapitre 5). Les enfants représentaient 6,8 % des personnes recevant un traitement antirétroviral et 8,7 % des personnes en ayant besoin.

Dans les pays à revenu faible ou moyen, la couverture globale du traitement chez l'enfant était inférieure à celle observée chez l'adulte. Le nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement était estimé à 1 270 000 [830 000–1 700 000]; seulement 28 % [21–43 %] d'entre eux avaient accès à ce traitement, contre 37 % [35–41 %] des adultes. Ceci est dû au fait que l'estimation du taux de couverture en Afrique subsaharienne n'atteint que 26 %, alors que cette région compte 89 % des besoins en traitement pédiatrique (tableau 4.5). En Amérique latine et dans les Caraïbes, en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est et en Europe orientale et

en Asie centrale, la couverture chez les enfants est en fait supérieure à celle observée chez les adultes.

Les données désagrégées en fonction du sexe portant sur le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral et sur celles ayant besoin de ce traitement sont disponibles pour 95 pays à revenu faible ou moyen, soit 88 % des 5,25 millions de personnes recevant un traitement en 2009.¹ Les femmes représentaient 58 % de l'ensemble des personnes recevant un traitement antirétroviral et 53 % de celles qui en avaient besoin. Estimée à 39 %, la couverture du traitement était globalement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (31 %). Cette particularité n'est cependant pas observée dans toutes les régions (tableau 4.6).

4.1.3. Disponibilité du traitement antirétroviral

Le nombre et la répartition des établissements de santé qui fournissent un traitement antirétroviral sont des indicateurs importants de l'extension des services de traitement et de l'élargissement de l'accès à ces services. En 2009, 116 pays à revenu faible ou moyen ont signalé qu'un total de 18 600 établissements de santé fournissait

¹ Certains pays n'ont fourni de données désagrégées que pour un sous-groupe de toutes les personnes du pays recevant un traitement antirétroviral. Pour ces pays ayant transmis des bases de données incomplètes, les données sur le traitement ventilées par sexe ont été obtenues en appliquant à l'ensemble des personnes sous traitement le ratio homme/femme donné par les données disponibles. De même, les ratios homme/femme disponibles pour 2008 ont été appliqués pour 2009 pour les 15 pays ayant fourni des données ventilées par sexe pour 2008 mais pas pour 2009.

Tableau 4.5. Nombre d'enfants de moins de 15 ans qui recevaient un traitement antirétroviral, qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral, et taux de couverture chez les enfants et chez les adultes dans les pays à revenu faible ou moyen par région,^a en décembre 2009

Région géographique	Nombre d'enfants (de 0 à 14 ans) recevant un traitement antirétroviral en décembre 2009	Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral en 2009 [fourchette] ^b	Couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant en décembre 2009 [fourchette] ^c	Couverture du traitement antirétroviral chez l'adulte en décembre 2009 [fourchette] ^b
Afrique du Nord et Moyen-Orient	560	10 000 [5 200–15 000]	6 % [4–11 %]	12 % [11–16 %]
Afrique subsaharienne	296 000	1 140 000 [710 000–1 500 000]	26 % [19–42 %]	38 % [36–42 %]
Afrique orientale et australe	254 900	790 000 [530 000–1 000 000]	32 % [25–48 %]	42 % [40–46 %]
Afrique centrale et occidentale	41 000	350 000 [180 000–510 000]	12 % [8–22 %]	27 % [25–30 %]
Amérique latine et Caraïbes	18 600	32 200 [23 000–42 000]	58 % [45–80 %]	50 % [46–67 %]
Amérique latine	16 300	24 100 [19 000–31 000]	68 % [52–87 %]	50 % [45–69 %]
Caraïbes	2 400	8 100 [4 100–12 000]	29 % [19–57 %]	50 % [45–59 %]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	36 500	83 400 [61 000–140 000]	44 % [27–59 %]	30 % [26–36 %]
Europe et Asie centrale	4 800	9 700 [5 700–15 000]	49 % [31–58 %]	18 % [16–21 %]
Ensemble des pays à revenu faible ou moyen	356 400	1 270 000 [830 000–1 700 000]	28 % [21–43 %]	37 % [35–41 %]

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

a Des explications concernant les méthodes utilisées se trouvent dans l'annexe 1 et dans l'encadré 4.2.

b L'estimation de la couverture est basée sur le nombre non arrondi de personnes qui recevaient un traitement antirétroviral et sur le nombre non arrondi de personnes qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral.

c Selon les lignes directrices de l'OMS de 2010 avec début du traitement quand le nombre de CD4 est < 350 cellules/mm³.

Tableau 4.6. Tableau comparatif : nombre d'hommes et de femmes qui recevaient un traitement antirétroviral et estimation du nombre d'hommes et de femmes qui en avaient besoin par région, en décembre 2009^a

Région géographique	Hommes			Femmes		
	Couverture ^b	Nombre recevant un traitement antirétroviral	Nombre ayant besoin d'un traitement antirétroviral	Couverture ^b	Nombre recevant un traitement antirétroviral	Nombre ayant besoin d'un traitement antirétroviral
Afrique du Nord et Moyen-Orient	11 %	5 000	47 000	9 %	4 300	50 000
Afrique subsaharienne	32 %	1 353 200	4 200 000	40 %	2 321 000	5 800 000
Afrique orientale et australe	37 %	1 120 800	3 000 000	44 %	1 882 000	4 200 000
Afrique centrale et occidentale	20 %	232 400	1 100 000	29 %	439 000	1 500 000
Amérique latine et Caraïbes	49 %	276 200	570 000	55 %	163 000	300 000
Amérique latine	49 %	261 300	540 000	57 %	147 000	260 000
Caraïbes	55 %	14 900	27 000	45 %	16 000	36 000
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	22 %	284 300	1 300 000	28 %	191 400	690 000
Europe et Asie centrale	16 %	20 600	130 000	16 %	15 000	97 000
Ensemble des pays à revenu faible ou moyen	31 %	1 940 000	6 200 000	39 %	2 690 000	6 900 000

a Sur la base de 95 pays ayant transmis des données ventilées par sexe.

b L'estimation de la couverture est basée sur le nombre non arrondi de personnes qui recevaient un traitement antirétroviral et sur le nombre non arrondi de personnes qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral.

Encadré 4.3. Approvisionnement ininterrompu en médicaments pour le traitement antirétroviral : un défi majeur à relever pour garantir l'accès au traitement antirétroviral et la rétention sous traitement

Les ruptures de stock continuent à être un sujet de préoccupation dans les pays à revenu faible ou moyen. La proportion de pays ayant connu des ruptures de stock en 2009 est restée stable par rapport aux années précédentes. Sur les 94 pays ayant transmis des données cette année, 36 (38 %) ont signalé au moins une rupture de stock d'antirétroviraux dans les établissements de santé pour l'année 2009, contre 31 pour 90 pays (34 %) en 2008 et 25 pour 66 pays (38 %) en 2007.

Pour réduire au minimum la survenue de pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux, garantir la bonne santé et le bien-être des patients, et à terme atteindre les objectifs d'accès universel, il est essentiel d'assurer un approvisionnement ininterrompu en antirétroviraux. Pour cela, il faut faire davantage pour identifier et lever les obstacles à l'approvisionnement en médicaments et à leur gestion, et ce particulièrement dans le contexte actuel où l'on prévoit une augmentation du nombre de patients et l'utilisation de schémas thérapeutiques plus complexes, un plus grand nombre de patients devant passer d'un schéma thérapeutique de première intention à un schéma thérapeutique de deuxième ou de troisième intention. Seul un suivi rigoureux de la pharmacie au niveau de chaque site permet de garantir une gestion adéquate des stocks ; il est dès lors très important de disposer de systèmes d'information robustes et régulièrement actualisés. L'enregistrement approprié des données concernant les cohortes de patients avec un suivi régulier au fil du temps sont également importants, permettant ainsi de renforcer la surveillance globale du programme de traitement antirétroviral.

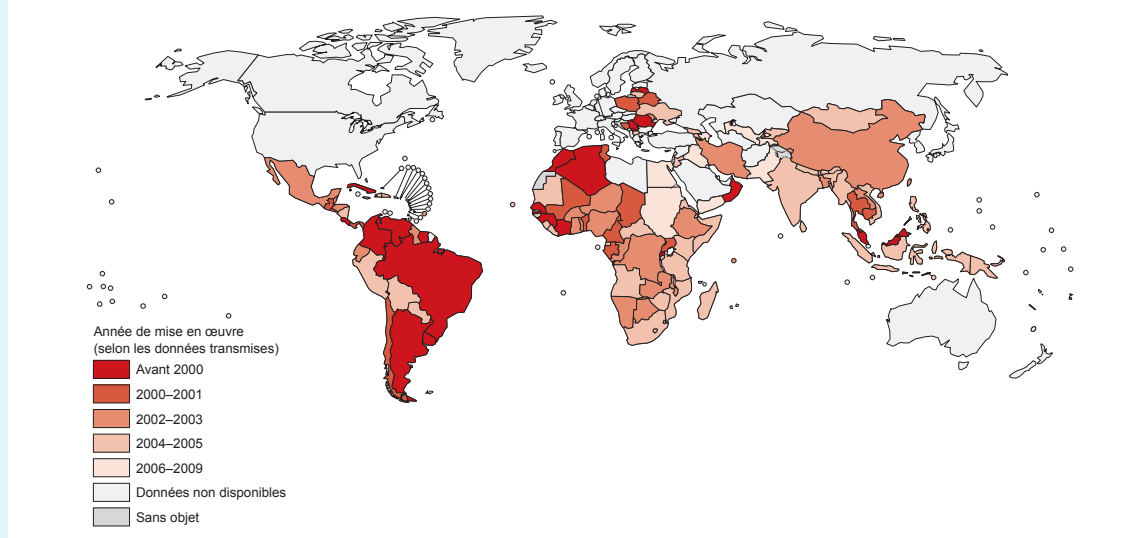
Une bonne coordination entre les différents partenaires au niveau du pays, sous l'encadrement rigoureux du gouvernement, est indispensable pour garantir une capacité de réaction et une intégrité suffisante des systèmes d'approvisionnement en antirétroviraux. Dès qu'une rupture de stock potentielle a été identifiée, le gouvernement et les différents partenaires d'exécution doivent, par un travail concerté et en partageant l'information, évaluer immédiatement les stocks au niveau de la province ou du district et organiser une redistribution en fonction des besoins. Au Rwanda, le Système de coordination pour l'approvisionnement et la distribution des antirétroviraux et des médicaments pour le traitement des infections opportunistes regroupe des représentants du gouvernement, les donateurs, ainsi que différentes institutions nationales et organisations internationales. Dès qu'une rupture de stock potentielle en antirétroviraux a été identifiée, l'un des partenaires a pu intervenir et combler les besoins de façon satisfaisante, ce qui a permis de diminuer les ruptures de stock et la quantité de médicaments atteignant la date d'expiration. Quand cette rupture de stock se produit au niveau national et concerne tous les districts, une approche définie d'un commun accord au niveau international permet de passer une commande en urgence auprès des partenaires disposant de stocks tampons dans leurs dépôts au niveau régional (Johannesburg, Nairobi, Accra) ou au niveau du siège, et de déterminer quelle option permettra de répondre le plus rapidement possible à ce besoin urgent.

Encadré 4.4. Maturité des programmes nationaux de traitement antirétroviral

Au total, 118 pays ont transmis des données concernant l'année de mise en service de leur programme de traitement antirétroviral.¹ Dans 81 % des cas, ce programme est opérationnel depuis plus de cinq ans. Ce chiffre prend en compte les 22 pays où le programme de traitement antirétroviral est en place depuis plus de 10 ans.

L'étude région par région montre qu'un programme de traitement antirétroviral est en place depuis au moins cinq ans dans 96 % des pays d'Amérique latine et des Caraïbes ayant transmis des données. Le chiffre correspondant pour l'Afrique subsaharienne est de 89 %, de 71 % en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, de 56 % en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, et de 65 % en Europe orientale et en Asie centrale. Parmi les pays comptant la plus forte charge d'infection à VIH dans ces régions, un programme est en place depuis plus de cinq ans au Nigéria (année de mise en place : 2002), en Éthiopie (2003), en Zambie (2003), en Afrique du Sud (2004), en Inde (2004) et au Kenya (2004).

Figure 4.2. Année de mise en œuvre des programmes de traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen, par pays



¹ Les informations sur l'année de mise en œuvre des programmes de traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen ont été obtenues à partir d'un formulaire de recueil de données du rapport concernant l'accès universel et des sites web pertinents des différents pays, ou fournies par les bureaux régionaux.

un traitement antirétroviral, dont 80 % appartenaient au secteur public et 11 % au secteur privé (non spécifié pour 9 %).

Au total, 99 pays ont transmis des données à la fois pour 2008 et pour 2009. Ces pays ont signalé que le nombre d'établissements de santé fournissant un traitement antirétroviral était passé de 11 833 à 16 134, soit une augmentation de 36 % en un an. L'augmentation a été de 26 % en Afrique subsaharienne (de 5778 à 7302 dans 39 pays), 5 % en Amérique latine et dans les Caraïbes (de 1847 à 1948 dans 17 pays), 64 % en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (de 3660 à 6013 dans 20 pays) et de 69 % en Europe orientale et en Asie centrale (de 458 à 776 dans 16 pays). En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, le nombre d'établissements de santé fournissant un traitement antirétroviral est passé de 90 en 2008 à 95 en 2009 dans les sept pays qui ont transmis des données, soit une augmentation de 6 %.

Le nombre moyen de personnes qui recevaient un traitement antirétroviral par établissement de santé a augmenté, passant de 260 en 2008 à 274 en 2009. Les établissements de santé d'Afrique subsaharienne continuent à traiter par

site plus de personnes que dans le reste du monde, avec en moyenne 452 personnes par établissement de santé fournissant un traitement antirétroviral, contre 157 en Amérique latine et dans les Caraïbes, 123 en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, 33 en Europe orientale et en Asie centrale et 63 en Afrique du Nord et au Moyen-Orient.

4.1.4. Résultats et impact de l'extension du traitement antirétroviral

4.1.4a. Résultats au niveau des programmes : rétention sous traitement antirétroviral

Le traitement antirétroviral est une intervention qui se poursuit pour la vie entière. Il nécessite donc l'existence d'un cadre solide pour que les processus utilisés, les résultats et l'impact à long terme fassent l'objet d'un suivi et d'une évaluation appropriés, tant au niveau individuel qu'au niveau de la population. La mesure de la rétention des patients, c'est-à-dire le pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH qui continuent à recevoir un traitement antirétroviral après l'avoir commencé (parmi les patients qui ont commencé un traitement en excluant ceux qui sont

Tableau 4.7. Nombre de pays ayant transmis des informations sur la rétention sous traitement antirétroviral parmi les 149 pays à revenu faible ou moyen, en 2008 et en 2009

	2008		2009	
	Nombre de pays ayant transmis des données	Nombre de patients évalués	Nombre de pays ayant transmis des données	Nombre de patients évalués
Rétention à 12 mois	61	297 408	115	519 890
Rétention à 24 mois	42	132 427	66	284 017
Rétention à 36 mois	30	52 572	56	184 679
Rétention à 48 mois	22	25 643	46	106 696

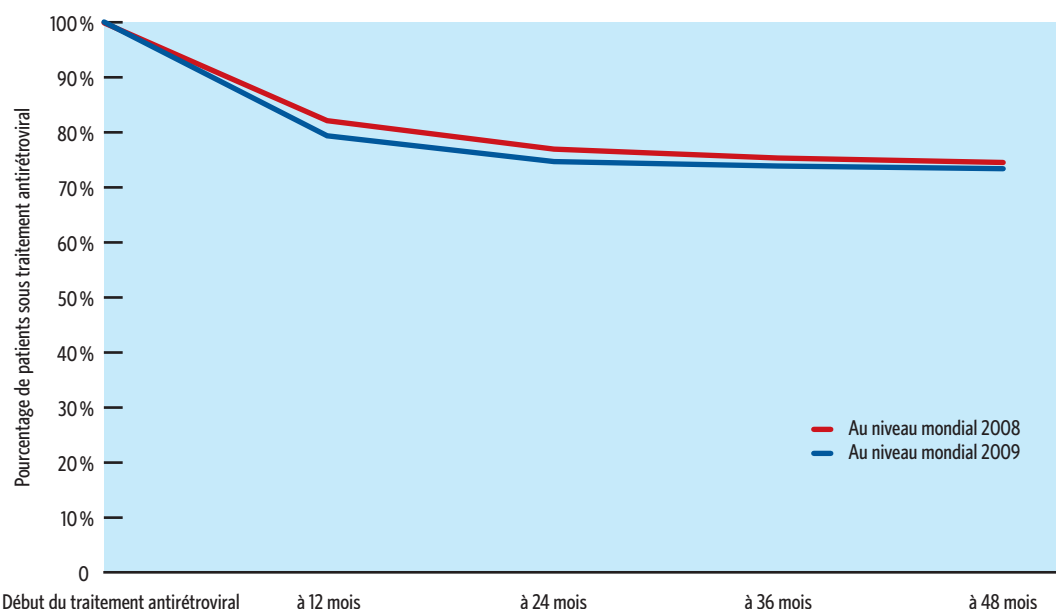
décédés ou ont été perdus de vue), permet de fournir aux responsables des programmes des informations de la plus haute importance pour suivre les avancées obtenues par le système, identifier les obstacles et faire en temps utile des ajustements dans les programmes quand cela est nécessaire.

Les pays ont continué à améliorer le suivi et la qualité des informations transmises concernant la rétention sous traitement antirétroviral dans leur programme. Comme cela est récapitulé dans le tableau 4.7, le taux de transmission des informations sur les indicateurs de rétention sous traitement antirétroviral a presque doublé, que ce soit le nombre de pays ayant transmis des informations ou le nombre de patients pour lesquels le résultat a été évalué.

Encadré 4.5. Rétention des patients sous traitement antirétroviral : suivi de l'évolution des tendances au niveau mondial en 2008 et en 2009

Il a été demandé aux pays de fournir pour chaque période (12, 24, 36 et 48 mois) des informations sur le nombre de patients ayant commencé un traitement antirétroviral et qui continuaient à recevoir ce traitement (numérateur) ainsi que sur le nombre total de patients ayant commencé un traitement antirétroviral pour chaque période donnée (dénominateur). Pour chaque période, les numérateurs et les dénominateurs ont ensuite été agrégés pour produire des estimations mondiales. La figure 4.3 montre les estimations obtenues pour les années 2008 et 2009. Il n'est probablement pas approprié de comparer directement les taux de rétention entre ces deux années, car les périodes pour lesquelles les informations ont été transmises n'ont pas toujours été clairement spécifiées et les données transmises ne correspondent pas toujours aux informations les plus récentes. Mais les tendances enregistrées en 2009 sont tout à fait cohérentes avec celles observées en 2008 – constat qui revêt une importance particulière sachant que les données de 2009 concernent l'évaluation d'un plus grand nombre de pays et de patients.

Figure 4.3. Rétention sous traitement antirétroviral jusqu'à 48 mois, en 2008 et en 2009



Malgré les progrès notables qui ont été accomplis dans l'enregistrement des informations concernant la rétention sous traitement antirétroviral au fil du temps dans les différents pays et dans les différentes régions, un certain nombre de difficultés doivent encore être surmontées (15). De nombreux programmes sont toujours dans l'incapacité sur le plan technique ou opérationnel de fournir des données sur la rétention, notamment pour les périodes les plus longues. Le taux de rétention peut être surestimé quand il est calculé exclusivement à partir d'informations concernant la survie, sans tenir compte des patients perdus de vue ni de ceux arrêtant le traitement ; un enregistrement inadéquat des données concernant les patients transférés dans un autre site de suivi peut entraîner de son côté une sous-estimation des taux réels. Si elles proviennent d'un échantillon de sites qui ne sont pas sélectionnés au hasard, les données transmises par un pays peuvent aussi ne pas être représentatives du programme dans son entier. Les programmes et les sites qui transmettent des données ont en effet plus de chances de compter parmi les mieux organisés et de montrer un niveau de performance supérieur à ceux ne fournissant pas d'informations, ce qui peut aussi avoir des répercussions sur la représentativité des chiffres transmis. Enfin, il peut arriver que les données transmises ne reflètent pas exactement les résultats pour 2009, mais plutôt des résultats cumulés ou les résultats d'une période antérieure. Tous ces différents facteurs peuvent contribuer aux variations importantes observées dans les résultats enregistrés par les différents pays.

Parmi les 47 pays d'Afrique subsaharienne, 37, 23, 20 et 15 pays ont respectivement transmis des données sur les taux de rétention sous traitement antirétroviral à 12, 24, 36 et 48 mois.

Les données transmises pour chaque période ont été agrégées pour produire des estimations régionales et mondiales. Les données sur la proportion de patients toujours sous traitement antirétroviral au fil du temps continuent à montrer que l'attrition – ou discontinuation du traitement antirétroviral –, survient principalement au cours de la première année de traitement et que le taux de rétention tend à se stabiliser par la suite. En 2009, le taux de rétention à 12 mois était de 82,0 % (écart interquartile: 77-93 %) au niveau mondial. Il était plus faible pour les périodes plus longues, passant à 76,9 % (écart interquartile: 70-87 %) à 24 mois, puis restait stable avec 75,0 % (écart interquartile: 63-81 %) à 36 mois et 74,5 % (écart interquartile: 57-82 %) à 48 mois. Les écarts interquartiles montrent de grandes variations de rétention entre les différents pays ayant transmis des données (encadré 4.5).

Ces chiffres sont cohérents avec ceux observés dans une méta-analyse actualisée et portant sur 39 cohortes en Afrique subsaharienne (14). L'estimation de la rétention se situait entre 70 % et 77 % à 24 mois, et entre 65 % et 72 % à 36 mois. Les auteurs ont noté que le taux de rétention à 24 mois était plus élevé que celui observé lors de leurs estimations précédentes. Cette amélioration de la performance pourrait venir du changement de critères pour commencer un traitement antirétroviral, un nombre de CD4 élevé à l'inclusion ayant été associé à une diminution de la mortalité et à de meilleurs résultats pour le traitement.

Au total, 61 pays ont transmis des données désagrégées sur la rétention à 12 mois ventilées en fonction du sexe, et 53 pays ont transmis des données désagrégées et ventilées en fonction de l'âge (enfants de moins de 15 ans, et adolescents ou adultes de plus de 15 ans). Les données ont montré que la rétention à 12 mois était similaire entre les hommes et les femmes au niveau mondial, respectivement de 81 % et de 82 % en moyenne. Le taux de rétention moyen chez les enfants était de 73 %, ce qui est légèrement inférieur au taux de 82 % retrouvé chez les adolescents et les adultes.

Il est essentiel d'améliorer la rétention des patients sous traitement antirétroviral et les performances à long terme des programmes (16). Mais il faut également porter plus d'attention à l'attrition des patients recevant une prise en charge de leur infection à VIH avant de commencer un traitement, et aux conséquences négatives que ce phénomène peut avoir sur la performance des programmes de traitement antirétroviral. Les patients testés positifs pour le VIH et enregistrés dans un service de prise en charge pour leur infection ne commencent pas tous un traitement antirétroviral; plus inquiétant encore, il arrive que certains de ces patients commencent un traitement

bien après avoir rempli les critères d'admissibilité. En Afrique du Sud, 22 083 des 44 844 patients enregistrés entre mai 2004 et décembre 2007 étaient ou sont devenus admissibles pour le traitement antirétroviral. Alors que 68 % d'entre eux recevaient un traitement antirétroviral après deux ans, 26 % étaient décédés avant de commencer le traitement, et 6 % étaient vivants mais ne recevaient pas de traitement. La médiane de ce retard entre le moment où un patient devient admissible et celui où il commence le traitement a diminué pour passer de 122 jours en 2004 à 78 jours en 2007.¹ Quelques études similaires ont été réalisées; tous les résultats obtenus vont dans le même sens, à savoir qu'il est nécessaire de mieux comprendre l'attrition et la mortalité avant traitement et de s'attaquer à ces problèmes (17-20).

Du fait que les systèmes de surveillance et les études de cohorte se concentrent habituellement sur les résultats des patients qui ont commencé un traitement cette « mortalité non vue »² reste donc le plus souvent non signalée ou sous-évaluée. Il est capital de chercher à mieux gérer les listes d'attente et à surveiller de près tout retard de mise en route du traitement antirétroviral chez un patient dont l'admissibilité à ce traitement est confirmée, notamment depuis qu'un critère exigeant un nombre plus élevé de CD4 pour commencer le traitement a été adopté pour les lignes directrices mondiales.

4.1.4b. Impact des programmes de traitement antirétroviral

L'ampleur des ravages de l'épidémie sur les personnes et sur la société est telle qu'il est essentiel de mesurer de façon appropriée et de comprendre l'impact de la prise en charge et du traitement de l'infection à VIH sur la mortalité. À mesure que les programmes gagnent en maturité, il est tout aussi important de suivre leur impact sur la mortalité, la morbidité et la qualité de vie afin d'évaluer leur efficacité et leur efficience globales; ces éléments sont en effet déterminants pour assurer la continuité de l'engagement politique nécessaire à la pérennité d'une intervention courrant sur la vie entière.

Dans de nombreux pays à revenu faible ou moyen, les difficultés rencontrées aujourd'hui pour évaluer l'impact du traitement sur la mortalité au niveau de la population s'expliquent en grande partie par l'absence de statistiques démographiques ou par le temps pris pour les établir. Les systèmes d'enregistrement des données démographiques ou d'état civil ne sont pas assez performants dans nombre de ces pays, notamment là où la charge d'infection à VIH est élevée; il est donc particulièrement difficile d'y mesurer la mortalité liée au sida. Bien qu'il existe peu d'études exhaustives sur le sujet, une analyse systématique de la mortalité dans le monde chez les adultes âgés de 19 à

¹ Outcomes in patients waiting for antiretroviral treatment in the Free State Province, South Africa: prospective linkage study. (Ingle S et al., communication personnelle, 2010).

² Projet réalisé en collaboration par StatSA, Department of Health, l'ONUSIDA et l'OMS – Données préliminaires (Stoneburner R, communication personnelle, 2010).

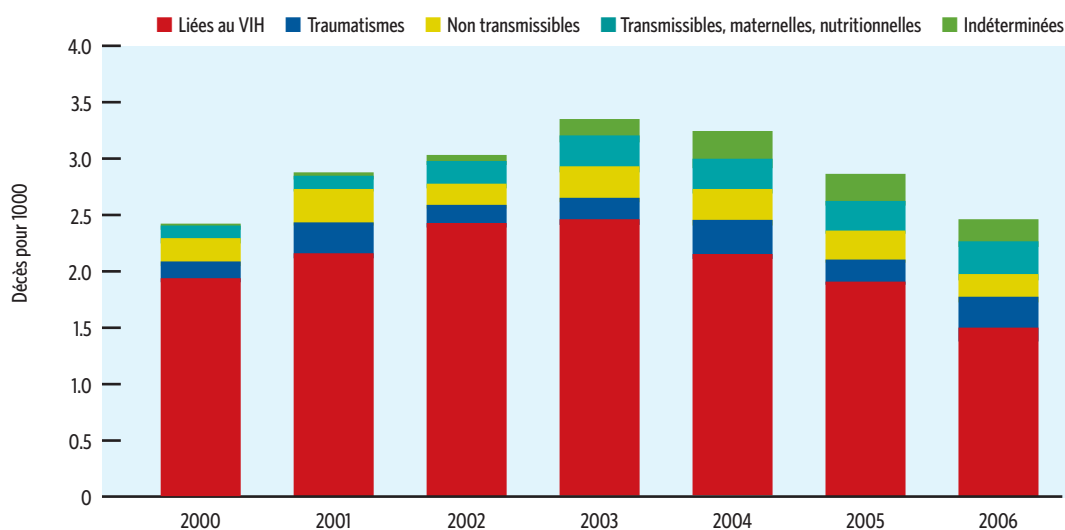
Encadré 4.6. Réduction de la mortalité liée au sida dans le KwaZulu Natal en Afrique du Sud

L'OMS et l'ONUSIDA ont lancé une série de consultations destinées à mieux évaluer l'impact des programmes de traitement antirétroviral, notamment sur la mortalité dans la population. En Afrique du Sud, ce travail a été réalisé en partenariat avec StatsSA (Statistics Afrique du Sud) et avec le Department of Health (Département de la santé) du pays. En recherchant les meilleures données disponibles, une attention particulière est portée sur l'identification de données pouvant permettre de déterminer les éventuelles corrélations au sein de groupes entre la mortalité et le programme de traitement antirétroviral. Il est cependant peu fréquent que les causes de décès soient enregistrées avec précision et les tendances dans la mortalité peuvent rarement être corrélées directement avec des changements dans la mortalité liée au sida.

Dans le KwaZulu Natal, les statistiques disponibles pour la province ont montré une augmentation de la mortalité jusqu'en 2003 et une stabilisation par la suite, ce qui coïncide avec l'introduction et la mise en œuvre du programme de traitement antirétroviral. Pour la mortalité, ces tendances étaient particulièrement nettes pour la tranche d'âge allant de 25 à 34 ans¹.

Un programme de surveillance démographique mené dans le district d'Umkhanyakude du KwaZulu Natal a montré une corrélation entre la mortalité dans la tranche d'âge allant de 25 à 49 ans et une diminution de la mortalité liée à l'infection à VIH. Une autopsie verbale a été réalisée pour chacun des 7930 décès observés entre 2000 et 2006. Entre les années 2002-2003 et 2005-2006, la réduction de la mortalité liée à l'infection à VIH a été estimée à 22 % chez les hommes et à 29 % chez les femmes (28).

Figure 4.4. Ratios de mortalité standardisés en fonction de causes spécifiques chez les adultes âgés de 25 à 49 ans, KwaZulu-Natal, Afrique du Sud, de 2000 à 2006



Source : Herbst et al. (28)

Les travaux de recherche concernant l'impact du traitement antirétroviral sur la mortalité dans la population sont encore limités ; on devrait cependant disposer de davantage de données à mesure que les programmes gagneront en maturité et qu'une surveillance démographique et des systèmes de suivi des cohortes de patients infectés par le VIH seront mieux intégrés.

¹ Projet réalisé en collaboration par StatsSA, Department of Health, l'ONUSIDA et l'OMS - Données préliminaires (Stoneburner R, communication personnelle, 2010).

Encadré 4.7. Impact du traitement antirétroviral sur la prévention de l'infection à VIH

Dans les études épidémiologiques, le meilleur facteur prédictif du risque de transmission du VIH est la quantité de VIH dans le sang : dès lors, il est donc essentiel de diminuer considérablement cette quantité de virus pour interrompre ou réduire de façon spectaculaire cette transmission. Des travaux de recherche ont en effet montré que la charge virale permet de prédire la transmission du VIH-1 d'une personne à une autre ; il est rare d'observer un cas de transmission à partir d'une personne ayant moins de 1500 copies d'ARN du VIH-1 par millilitre (29). Selon une méta-analyse conduite en 2009 et regroupant les données de 11 cohortes (5021 couples hétérosexuels), le risque de transmission sexuelle sous traitement antirétroviral était très faible quand la concentration de VIH-1 était inférieure à 400 copies/ml (30). Une étude contrôlée randomisée menée récemment en Afrique sur le traitement de l'infection génitale par l'*Herpes Simplex* chez des couples hétérosexuels où l'un des partenaires est séropositif au VIH et l'autre séronégatif avec une discordance de longue date a montré que la transmission était diminuée de 92 % quand le partenaire séropositif recevait un traitement antirétroviral. La prévention de la transmission mère-enfant du VIH est une autre démonstration de faisabilité montrant que le traitement antirétroviral peut interrompre la transmission du VIH. Les données montrant l'impact du traitement antirétroviral sur la transmission du VIH au niveau des communautés sont aussi de plus en plus nombreuses. En Colombie Britannique, une diminution dans la communauté de la concentration plasmatique en ARN du VIH et de l'incidence de l'infection à VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse était associée à l'utilisation du traitement antirétroviral (32). À San Francisco, des corrélations écologiques ont montré une diminution de 45 % du nombre d'infections à VIH diagnostiquées et de 40 % de la charge virale moyenne dans la population de séropositifs entre 2004 et 2008, ainsi qu'une diminution d'un tiers de l'incidence de l'infection à VIH elle-même entre 2006 et 2008 (33,34).

Des modèles théoriques ont été également utilisés pour estimer l'impact du traitement antirétroviral sur l'incidence de l'infection à VIH et sur la mortalité liée à cette infection. Un modèle publié en 2008 s'est particulièrement intéressé à la situation où une épidémie généralisée est principalement due à la transmission hétérosexuelle de l'infection. En utilisant des données de l'Afrique du Sud, du Malawi, de l'Ouganda et d'autres pays, ce modèle a montré une réduction de 95 % de l'incidence de l'infection à VIH sur 10 ans en cas d'utilisation d'une stratégie associant conseil et dépistage volontaire du VIH avec enregistrement immédiat pour un traitement antirétroviral de toutes les personnes dont le test était positif (12). Cette stratégie est fondée sur la base d'analyses antérieures ayant montré que l'extension rapide des approches conventionnelles de traitement antirétroviral était efficace pour réduire la mortalité (35) et avait un impact considérable sur l'incidence de l'infection à VIH (36,37). Une modélisation de l'impact potentiel de la stratégie « tester et traiter » a également été réalisée pour la ville de Washington ; elle montre une diminution potentielle de 26 % du nombre de nouvelles infections sur dix ans (38). À San Francisco, la mise en œuvre de ce type d'approche pourrait diminuer le nombre de nouvelles infections de 91 % (39). Différents facteurs doivent être pris en considération pour les approches « tester et traiter », notamment : le risque de pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux (voir le sous-chapitre 4.1.6), l'importance d'obtenir la meilleure observance possible du traitement, la manière de prendre en charge de façon adéquate la phase aiguë de l'infection à VIH, et la nécessité d'élaborer des stratégies pour faire face à l'augmentation potentielle de la prise de risque sexuel en intégrant les valeurs et les principes de Santé positive, Dignité et Prévention dans les différents éléments des politiques et des programmes faisant partie de la riposte au VIH et au sida (voir l'encadré 3.11).

En novembre 2009, l'OMS a organisé deux consultations internationales pour préciser les priorités de recherche, se pencher sur les questions de faisabilité et d'acceptabilité, et examiner les aspects portant sur les droits humains et les aspects éthiques en rapport avec l'extension de l'utilisation du traitement antirétroviral à des fins de prévention. Divers spécialistes ont été impliqués dans ces consultations, notamment des chercheurs, des cliniciens, des experts dans le domaine de la prévention, des spécialistes des droits humains ou dans le domaine de l'éthique, des organisations de personnes vivant avec le VIH, des responsables de programmes nationaux et des groupes communautaires. Avec différentes parties prenantes, l'OMS et ses partenaires participent actuellement à des analyses supplémentaires de l'impact du traitement antirétroviral sur la tuberculose, de l'importance relative de la pharmacorésistance et de différentes hypothèses, de l'effet d'une association d'une prophylaxie pré-exposition à des approches « tester et traiter », de l'impact sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et conduisent une analyse en profondeur des coûts et des bénéfices de l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral. L'OMS travaillera avec les principales parties prenantes pour aider à élaborer un calendrier de recherche et pour analyser régulièrement les nouvelles données.

59 ans entre 1970 et 2010 montre que la mortalité a fortement augmenté en Afrique subsaharienne à partir de la fin des années 80 (elle a en fait plus que doublé dans la région australe) puis a commencé à diminuer en 2005, tendance qui coïncide avec l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral (21,22). En Afrique du Sud, une étude récente basée sur des données de surveillance démographique dans le KwaZulu Natal montre une corrélation entre la diminution de la mortalité dans la région, particulièrement chez l'adulte jeune, et le déclin de la mortalité liée à l'infection à VIH (encadré 4.6). Il existe également de plus en plus de données scientifiques indiquant le rôle important que le traitement antirétroviral peut jouer dans la prévention de la transmission du VIH (encadré 4.7).

En plus de l'impact des programmes de traitement antirétroviral sur la mortalité et la transmission du VIH, les investissements engagés dans l'extension du traitement antirétroviral ont également été bénéfiques de différentes manières pour d'autres services de santé et pour l'accès aux soins en général. L'impact du traitement antirétroviral sur la réduction de la morbidité et de l'utilisation des services hospitaliers a été bien démontré dans les pays à revenu élevé (23). Dans les pays fortement touchés par l'épidémie, le traitement antirétroviral a été associé à une diminution de la charge de soins dans les systèmes de santé surchargés, notamment dans les services d'hospitalisation, et à une diminution de la mortalité chez les agents de santé (24).

Certaines données montrent aussi que les capacités mises en œuvre pour le bon fonctionnement des programmes de traitement antirétroviral, comme par exemple la gestion de l'approvisionnement en médicaments, a eu un impact positif plus large sur d'autres services de santé (25–27).

4.1.5. Prévention et évaluation de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux

Du fait des taux élevés de mutation du VIH, des recombinaisons virales et du besoin de poursuivre le traitement antirétroviral pour la vie entière, l'élargissement de l'accès à ce traitement s'accompagnera inévitablement de la survenue d'une pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux. Celle-ci pourrait menacer les bénéfices apportés par le traitement antirétroviral chez les patients séropositifs, comme la réduction de la morbidité et de la mortalité. Il est donc nécessaire de faire une surveillance de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux et des facteurs qui contribuent à son évolution. Pour maintenir l'efficacité des schémas thérapeutiques de première et de deuxième intention, des ajustements dans les programmes de traitement peuvent aussi s'avérer nécessaires.

La pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux peut être acquise ou transmise. Comme on pouvait s'y attendre, l'examen récent d'études menées en Afrique subsaharienne et en Inde a retrouvé une fréquence élevée

Encadré 4.8. Mise en place d'un système d'alerte précoce pour la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux en Namibie

D'après des données de surveillance sérologique anténatale de 2008, 17,8 % des Namibiens âgés de 15 à 49 ans sont infectés par le VIH-1 (42). Les rapports hétérosexuels sont la première cause de propagation de l'épidémie; les estimations de la prévalence varient selon les régions, avec jusqu'à 31 % des personnes infectées dans certaines régions les plus touchées du nord du pays (43). En décembre 2009, il été signalé que 70 500 patients recevaient un traitement antirétroviral, soit une estimation de la couverture de 76 % selon les lignes directrices de l'OMS de 2010.

En 2009, le *Ministry of Health and Social Services* (Ministère de la santé et des affaires sociales) de Namibie a mis en place un système d'alerte précoce pour la surveillance de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux (44,45). Cinq indicateurs ont été sélectionnés : (i) *pratiques de prescription du traitement antirétroviral*, (ii) *patients perdus de vue à 12 mois*, (iii) *rétention des patients sous schéma thérapeutique de première intention à 12 mois*, (iv) *retrait des antirétroviraux dans les délais*, et (v) *continuité de l'approvisionnement en antirétroviraux*. Une évaluation des dossiers médicaux et des dossiers de la pharmacie disponibles a montré que le système existant d'enregistrement des données ne permettait de faire la surveillance que de trois des cinq indicateurs sélectionnés initialement. Un essai pilote de surveillance de ces trois indicateurs a été réalisé dans neuf sites de traitement antirétroviral. Les résultats ont montré que la plupart des sites avaient atteint les objectifs chiffrés, et que le niveau était jugé adéquat pour chacun des indicateurs : 100 % des patients avaient commencé un schéma thérapeutique de première intention approprié dans chacun des neuf sites; la proportion de patients perdus de vue 12 mois après avoir commencé le traitement était inférieure à 20 % dans huit sites; et dans six sites, 0 % des patients avaient changé pour un schéma thérapeutique de deuxième intention dans les 12 mois qui suivaient le début du traitement antirétroviral (dans les trois autres sites, la proportion était inférieure à 1 %). Cet essai pilote a cependant permis de constater que bien que la proportion globale de patients perdus de vue à 12 mois montrait que l'objectif chiffré recommandé était atteint, le traitement avait été interrompu pendant une moyenne de 2,3 mois au cours des 12 premiers mois de traitement chez 20,8 % des patients, ce qui les met à risque élevé d'échec thérapeutique et de survenue de résistance aux antirétroviraux.¹ La mise en œuvre initiale de ce système d'alerte précoce a permis de mettre en évidence le besoin de renforcer davantage les systèmes d'enregistrement des données sur le traitement antirétroviral afin de permettre la surveillance des cinq indicateurs sélectionnés au cours des années suivantes. Ces résultats ont aussi montré qu'il était nécessaire de renforcer les mécanismes de recherche des patients perdus de vue afin d'améliorer la rétention à long terme des patients, d'optimiser leur prise en charge et de réduire au minimum la pharmacorésistance.

¹ Des systèmes inadaptés pour suivre les transferts de patients d'un site de traitement antirétroviral à un autre peuvent entraîner une surestimation des taux d'interruption de traitement.

des mutations de pharmacorésistance chez les patients en échec thérapeutique lors de l'utilisation d'un schéma thérapeutique de première intention et avec une charge virale détectable; cette fréquence variait de 47 % à 93 % pour les inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et de 32 % à 60 % pour les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) analogues de la thymidine (40). La plupart des enquêtes menées dans les pays à revenu faible ou moyen montrent en revanche de faibles taux de pharmacorésistance transmise. Des études réalisées en Afrique ont retrouvé des taux de pharmacorésistance aux INNTI allant de 0 % à 5,6 %, et des taux de pharmacorésistance aux INTI allant de 0 % à 3,7 %. Les mutations transmises concernant les inhibiteurs de la protéase étaient rares (41). Il existait cependant de grandes variations dans la conception des différentes études, avec notamment des différences de taille d'échantillon, de schémas thérapeutiques, d'exposition antérieure à des antirétroviraux et de durée du suivi, ce qui rend difficile la comparaison de leurs résultats.

En collaboration avec HIVResNet, un réseau international d'experts, et avec différents pays et différentes organisations, l'OMS a élaboré une stratégie mondiale pour la prévention et l'évaluation de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux, afin d'améliorer sa surveillance en utilisant des approches normalisées. L'OMS recommande que les pays élaborent une stratégie nationale pour la prévention et l'évaluation de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux basée sur trois principaux types d'évaluation : (1) le suivi systématique d'« indicateurs d'alerte précoce » de pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux, (2) des enquêtes pour faire le suivi de la survenue d'une pharmacorésistance du VIH aux

antirétroviraux et des facteurs programmatiques qui y sont liés dans les populations recevant un traitement antirétroviral, et (3) des enquêtes dans les populations de personnes récemment infectées pour évaluer la pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux. Mi-2010, environ 60 pays avaient mis en œuvre un ou plusieurs éléments d'une stratégie de prévention et d'évaluation de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux. Pour faciliter la mise en œuvre des plans élaborés par les pays, l'OMS appuie l'homologation de laboratoires nationaux ou régionaux spécialisés dans la réalisation de tests de recherche de pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux; en décembre 2009, 24 laboratoires capables de réaliser des tests de recherche de pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux avaient été homologués.

4.1.5a. Pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux – indicateurs d'alerte précoce

Des travaux de recherche ont montré que certains facteurs retrouvés dans différents programmes ou différents sites sont associés à la survenue de pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux, et que s'ils font l'objet d'une surveillance adaptée, ces facteurs peuvent servir d'indicateurs d'alerte précoce pour aider à la gestion appropriée des programmes. L'OMS a élaboré six indicateurs d'alerte précoce principaux et deux indicateurs optionnels, un objectif chiffré étant associé à chacun d'entre eux; elle recommande que ces indicateurs soient suivis tous les ans dans tous les sites ou dans un grand nombre de sites représentatifs.

En novembre 2009, 45 pays avaient mis en œuvre une surveillance d'indicateurs d'alerte précoce, contre 14 en 2008.

Encadré 4.9. Utilisation des enquêtes sentinelles pour la surveillance de l'émergence de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux au Burundi

Entre 2002 et 2009, le nombre de patients recevant un traitement antirétroviral au Burundi a augmenté, passant de 600 à 17 661. En 2007 et en 2008, le Burundi a mené dans deux grands sites urbains de traitement antirétroviral de Bujumbura une enquête afin de faire le suivi de la prévention et de l'émergence de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux et des facteurs programmatiques qui lui sont associés, en suivant pour cela le protocole générique de l'OMS (46). Au total, 121 et 129 patients adultes ayant respectivement et successivement commencé un traitement antirétroviral dans chacun des sites ont été inclus dans l'enquête. Selon le protocole de l'OMS, il est recommandé qu'une prévention de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux (définie par une suppression virale à moins de 1000 copies/ml) soit obtenue chez au moins 70 % des patients 12 mois après le début du traitement antirétroviral. Dans le site A, une prévention de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux a été obtenue chez 83,6 % des patients; une résistance du VIH aux antirétroviraux a été retrouvée chez 3 % des patients chez qui le virus était détectable. Dans le site B, cette prévention a été obtenue chez 81 % des patients; une résistance du VIH aux antirétroviraux a été retrouvée chez 5 % des patients chez qui le virus était détectable. Il est important de noter que respectivement 13 % et 14 % des patients de ces sites ont été classifiés comme « possible pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux » pour les motifs suivants : perdu de vue, traitement antirétroviral interrompu avant 12 mois ou charge virale détectable 12 mois après le début du traitement. Les résultats de cette enquête suggèrent qu'il est nécessaire de renforcer les programmes pour soutenir l'observance du traitement et améliorer les systèmes de suivi pour réduire au minimum le nombre de patients perdus de vue.

4.1.5b. Enquêtes auprès des populations pour suivre l'émergence de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux et les facteurs qui lui sont associés

Des enquêtes normalisées, menées dans des sites sentinelles de traitement antirétroviral chez les adultes ou les enfants, sont également un instrument important pour évaluer l'émergence et la prévention de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux dans les populations recevant un traitement antirétroviral de première intention (6). Les enquêtes de surveillance de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux permettent d'identifier des facteurs sur lesquels il est possible d'intervenir en faisant des ajustements au niveau du site ou du programme afin de réduire au minimum l'émergence de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux qui peut être prévenue. Menées régulièrement dans des sites représentatifs, ces enquêtes sont conçues pour être intégrées facilement aux activités de routine de surveillance et d'évaluation nationales en rapport avec l'infection à VIH; elles peuvent permettre d'améliorer considérablement la qualité des données obtenues et sur lesquelles est basée la sélection des schémas thérapeutiques du pays. En décembre 2009, 15 pays, contre 8 pays en 2008, avaient mis en œuvre dans un site ou plus ce type d'enquête pour la surveillance de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux et des facteurs programmatiques qui lui sont associés.

4.1.5c. Enquêtes pour évaluer la pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux

La méthodologie de l'enquête du seuil de pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux a été élaborée par l'OMS pour

la surveillance de la pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux en situation de ressources limitées (47,48). Selon toute attente, la pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux devrait se développer en premier dans les villes et dans les districts de santé où le traitement antirétroviral a été largement disponible pendant plusieurs années. L'OMS recommande donc aux pays de conduire en priorité dans ces zones leurs activités de surveillance de la résistance. La méthodologie pour déterminer les critères à remplir pour la sélection des sites et des personnes a été conçue pour inclure le moins de personnes possible ayant déjà reçu un traitement antirétroviral et/ou infectées depuis longtemps. Elle définit aussi trois catégories de pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux : faible (inférieure à 5 %), modérée (entre 5 % et 15 %) et élevée (supérieure à 15 %). Les résultats de ces enquêtes et ceux d'autres évaluations importantes permettent d'obtenir des informations essentielles dont il faut tenir compte pour la prévention de cette pharmacorésistance et pour planifier le traitement antirétroviral. À la fin de l'année 2009, 29 pays avaient mis en œuvre des enquêtes pour évaluer la pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux, contre 21 pays en 2008. Ces enquêtes destinées à classer l'ampleur de cette pharmacorésistance sont terminées ou en cours de réalisation dans 28 pays. Dans les 15 enquêtes disposant de résultats soumis à la procédure d'assurance qualité de l'OMS, la pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux était estimée de niveau faible dans 13 pays et de niveau moyen dans deux pays (Burkina Faso et Cameroun).

Une enquête menée pour la première fois au Burkina Faso a montré un niveau moyen de pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux dans un échantillon de femmes séropositives au cours de leur première grossesse (encadré 4.10). Ce résultat plaide en faveur d'une intensification de la

Encadré 4.10. Évaluer la pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux à Ouagadougou, Burkina Faso

Entre mai 2008 et juin 2009, le Burkina Faso a appliqué la méthodologie de l'OMS pour classer la résistance transmise du VIH aux antirétroviraux chez des personnes récemment infectées par le VIH (47). Chez 52 femmes pour qui le diagnostic d'infection à VIH a été successivement posé dans des sites de consultation prénatale de Ouagadougou, un échantillon a été prélevé pour rechercher une résistance transmise du VIH aux antirétroviraux. Toutes ces femmes (âgées de 15 à 24 ans) étaient enceintes pour la première fois et n'avaient pas d'antécédent de test diagnostique pour la syphilis. La prévalence de la pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux retrouvée dans cette population de femmes jeunes, enceintes et séropositives de Ouagadougou, était comprise entre 5 % et 15 % à la fois pour les INTI et les INNTI, ce qui permet de la classer en niveau modéré selon la méthodologie de l'OMS. Suivant les recommandations de l'OMS, le Burkina Faso a réexaminé son programme de traitement et s'est lancé dans l'investigation de problèmes potentiels pouvant limiter la continuité de l'accès aux services, de l'approvisionnement en médicaments et de la qualité des médicaments. Il a aussi renforcé ses programmes de soutien à l'observance destinés aux personnes recevant un traitement antirétroviral. Cette enquête doit être répétée régulièrement afin d'évaluer le niveau de pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux dans cette population et dans différentes régions géographiques du pays.

surveillance et du suivi de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux, afin de pouvoir s'attaquer en temps voulu aux obstacles programmatiques sous-jacents.

4.1.6. Schémas thérapeutiques d'antirétroviraux

En 2010, le service « Sida : médicaments et moyens diagnostiques » de l'OMS a conduit sa quatrième enquête annuelle sur la distribution et la composition des schémas thérapeutiques de première et de deuxième intention utilisés dans les pays à revenu faible ou moyen.

Un questionnaire standard a été envoyé au ministère de la santé de 86 pays comptant un grand nombre de patients recevant un traitement antirétroviral en décembre 2009 et appartenant à chacune des six Régions de l'OMS (une liste de ces pays est disponible sur la page Internet <http://www.who.int/hiv/amds/en/>). Soixante-seize pays ont répondu; des informations sur 4 940 000 patients sous traitement antirétroviral ont été obtenues, ce qui représente 94,3 % des 5 240 000 personnes dont on estimait qu'elles recevaient en décembre 2009 un traitement antirétroviral dans les pays à ressources limitées.

Une première analyse a révélé que les caractéristiques de l'utilisation des antirétroviraux observées à partir des données transmises par les 17 pays de la Région des Amériques (376 000 patients) étaient très différentes de celles observées dans les 59 autres pays à revenu faible ou moyen ayant participé à l'enquête (4 564 000 patients). Afin de prendre en compte ces différences, les résultats ont été présentés en sous-groupes séparés.

Dans le groupe de 59 pays à revenu faible ou moyen, 92,4 % (4 218 000) des patients recevant un traitement antirétroviral étaient des adultes. Parmi ceux-ci, 97,5 % recevaient des

schémas thérapeutiques de première intention, schémas qui étaient conformes aux lignes directrices de l'OMS de 2006 sur le traitement dans 99,1 % des cas. Parmi ces patients, 59,7 % recevaient une association contenant de la stavudine (d4T), 32,1 % un schéma thérapeutique à base de zidovudine (AZT) et 7,7 % une association à base de ténofovir (TDF) (tableau 4.8 et figure 4.5).

Dans ce même groupe de pays, seulement 2,4 % (100 400 patients) des adultes recevaient un schéma thérapeutique de deuxième intention, schéma qui était conforme aux lignes directrices de l'OMS de 2006 sur le traitement dans 87,2 % des cas. L'inhibiteur de la protéase le plus utilisé était le lopinavir potentialisé par le ritonavir (LPV/r), utilisé chez 92,7 % des patients recevant un schéma thérapeutique de deuxième intention. Il est cependant important de noter que 5,8 % des patients adultes sous schéma thérapeutique de deuxième intention recevaient un schéma thérapeutique non conforme aux orientations normatives de l'OMS car il ne comportait pas d'inhibiteur de la protéase (figure 4.5). Selon les données transmises, seulement 1400 patients (soit 0,01 %) recevaient un traitement de sauvetage.

Les caractéristiques de l'utilisation des antirétroviraux étaient nettement différentes dans les 17 pays à revenu faible ou moyen de la Région des Amériques (figure 4.6). La majorité des personnes recevant un traitement antirétroviral était des adultes (364 000, soit 96,9 %). Les pays ont signalé que la majorité des patients recevaient un schéma thérapeutique de première intention (84,0 %); les schémas thérapeutiques contenant de la zidovudine étaient largement utilisés (71,3 %). Il est cependant intéressant de noter qu'une proportion importante de patients adultes sous schéma thérapeutique de première intention utilisait un inhibiteur de la protéase (36,3 %), et que seul un petit

Tableau 4.8. Utilisation des antirétroviraux, par médicament et par schéma thérapeutique dans les pays à revenu faible ou moyen en 2009

		59 pays à revenu faible ou moyen (pays de la Région des Amériques non compris)		17 pays de la Région des Amériques	
Antirétroviraux ^a		Proportion d'associations de première intention contenant l'antirétroviral (%)	Proportion d'associations de deuxième intention contenant l'antirétroviral (%)	Proportion d'associations de première intention contenant l'antirétroviral (%)	Proportion d'associations de deuxième intention contenant l'antirétroviral (%)
INTI	3TC	94,2	31,6	91,1	75,0
	d4T	59,7	3,0	2,3	30,3
	AZT	32,1	47,2	71,3	27,8
	TDF	7,7	32,4	21,4	17,3
	ABC	0,4	22,3	4,0	14,0
	ddI	0,3	48,1	0,8	17,3
	FTC	5,4	15,5	7,9	2,6
INNTI	NVP	60,7	1,1	12,4	5,1
	EFV	38,5	1,6	50,2	20,1
	ETV	0,0	0,0	0,0	0,0
Inhibiteurs de la protéase	LPV	0,4	92,7	20,9	37,9
	NFV	0,0	0,3	0,0	0,1
	IDV	0,1	0,9	0,0	5,9
	SQV	0,0	0,3	3,0	1,9
	ATV	0,0	0,0	12,3	17,7
	FPV	0,0	0,0	0,1	2,9

a Les schémas thérapeutiques peuvent contenir plus d'un antirétroviral de la même classe.

Figure 4.5. Composition et fréquence d'utilisation des schémas thérapeutiques d'antirétroviraux de première et de deuxième intention utilisés chez l'adulte dans 59 pays à revenu faible ou moyen, pays de la Région des Amériques non compris, en décembre 2009

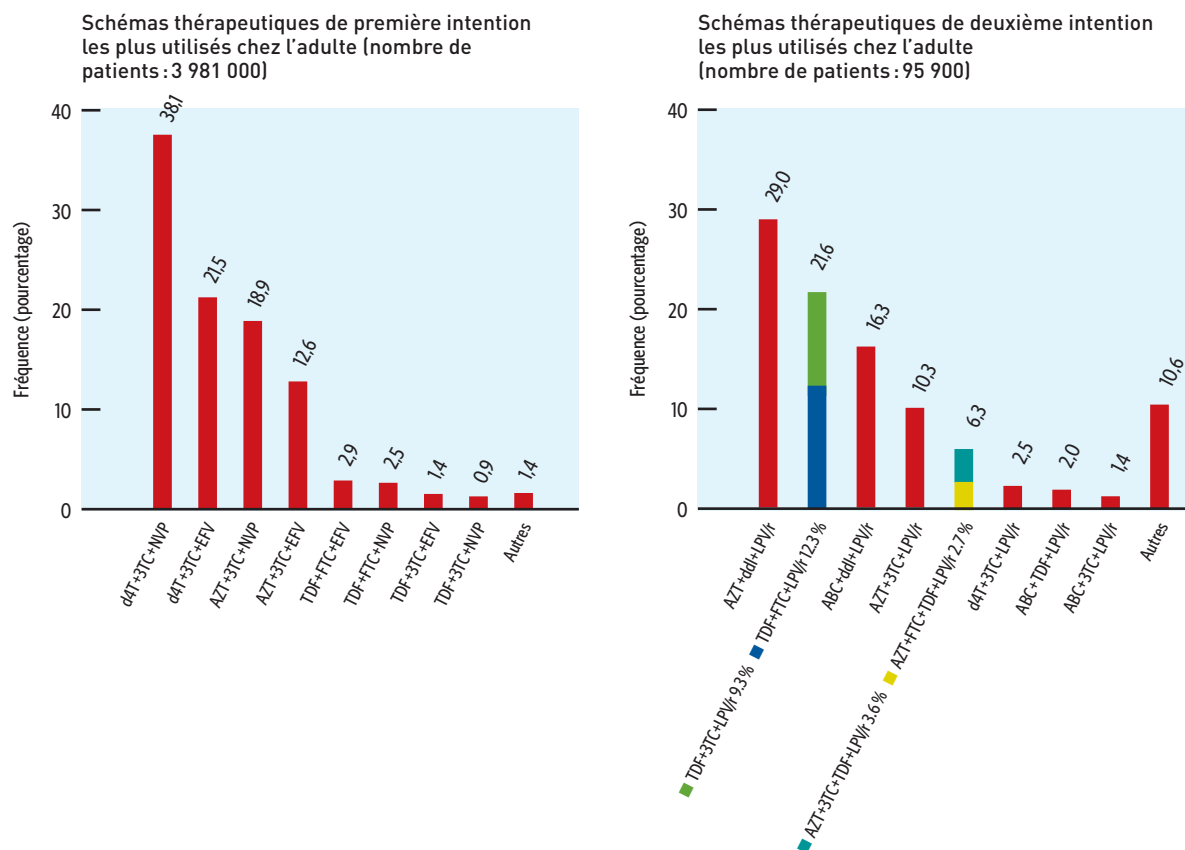


Figure 4.6. Composition et fréquence d'utilisation des schémas thérapeutiques d'antirétroviraux de première et de deuxième intention utilisés chez l'adulte dans 17 pays à revenu faible ou moyen de la Région des Amériques, en décembre 2009

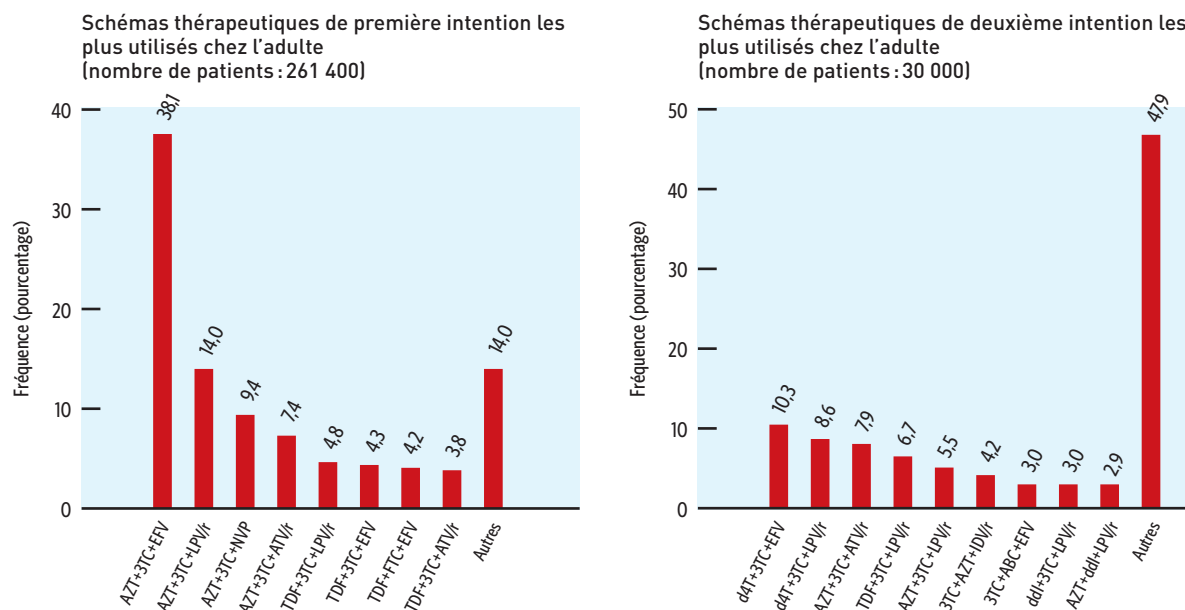


Figure 4.7. Composition et fréquence d'utilisation des schémas thérapeutiques d'antirétroviraux de première et de deuxième intention utilisés chez l'enfant dans 59 pays à revenu faible ou moyen, pays de la Région des Amériques non compris, en décembre 2009

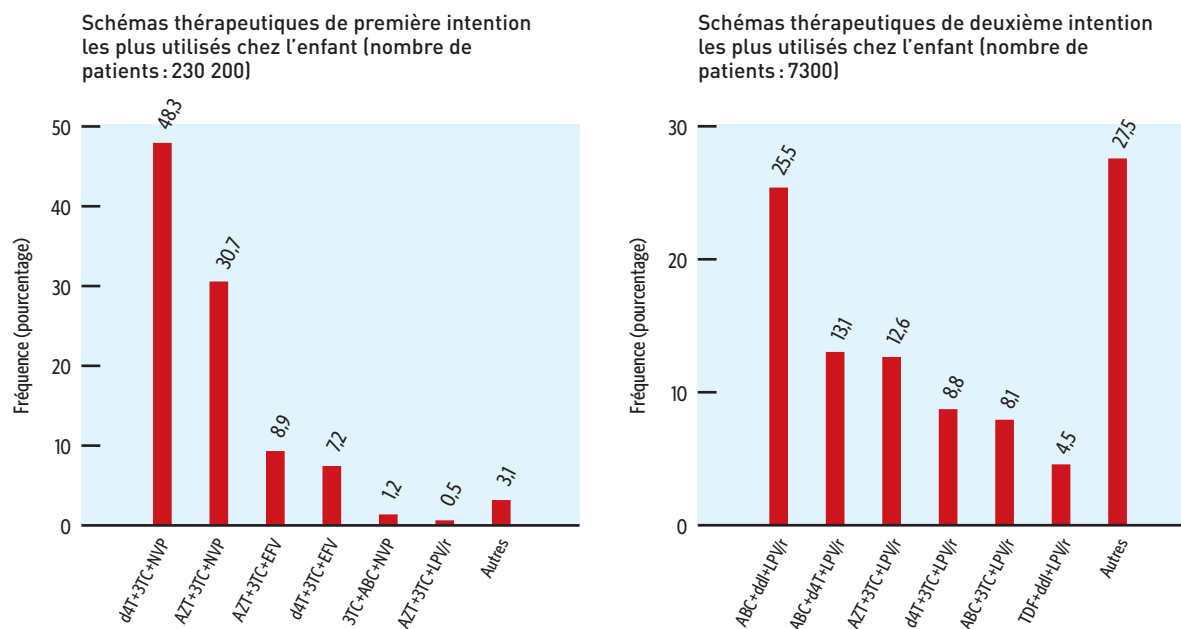
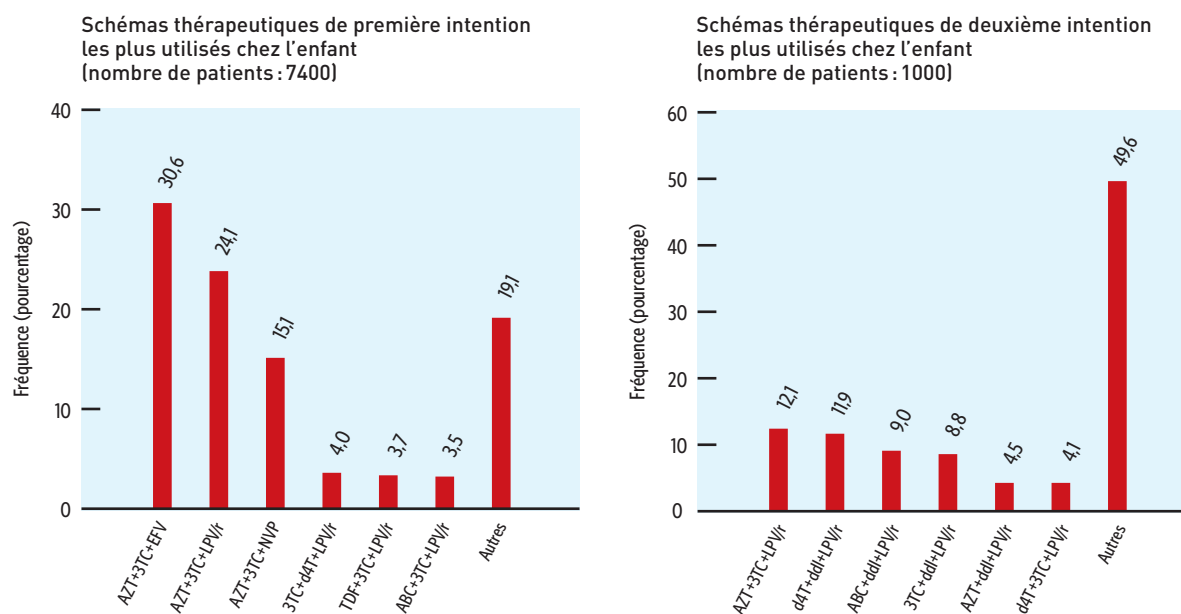


Figure 4.8. Composition et fréquence d'utilisation des schémas thérapeutiques d'antirétroviraux de première et de deuxième intention utilisés chez l'enfant dans 17 pays à revenu faible ou moyen de la Région des Amériques, en décembre 2009



nombre d'entre eux recevait de la stavudine ou de la névirapine (respectivement 2,3 % et 12,4 %).

Les pays de la Région des Amériques ont aussi signalé un taux plus élevé d'adultes sous schéma thérapeutique de deuxième intention (9,7 %) et sous traitement de sauvetage (6,3 %), et qu'une plus grande gamme d'inhibiteurs de la protéase était disponible et utilisée. La plupart des 6,3 % (20 100) de patients adultes sous traitement de sauvetage recevaient une quadrithérapie. Un petit nombre de patients ont signalé recevoir certains antirétroviraux récents, comme le darunavir et le raltégravir (utilisés respectivement chez 0,7 % et 0,6 % de l'ensemble des patients).

Des différences dans l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement des enfants ont également été observées entre les deux groupes de pays (figures 4.7 et 4.8). Dans le groupe de 59 pays à revenu faible ou moyen, les enfants représentaient 7,8 % des personnes recevant un traitement antirétroviral; la plupart d'entre eux (96,9 %) étaient sous schéma thérapeutique de première intention (328 000 patients). Les données ont montré que si 97,3 % des schémas thérapeutiques de première intention étaient conformes aux lignes directrices de l'OMS sur le traitement mises à jour en 2008, cette proportion était beaucoup plus faible (seulement 59,8 %) pour les associations de deuxième intention. Il est important de noter que 14,6 % des enfants recevaient des schémas thérapeutiques de deuxième intention qui ne contenaient pas d'inhibiteur de la protéase, contrairement à ce qui est recommandé dans les lignes directrices de l'OMS sur le traitement. Dans la région des Amériques, les enfants représentaient, selon les données transmises, 3,1 % (11 700 patients) des personnes recevant un traitement antirétroviral, la proportion d'enfants sous schéma thérapeutique de deuxième intention étant plus élevée (11,7 %).

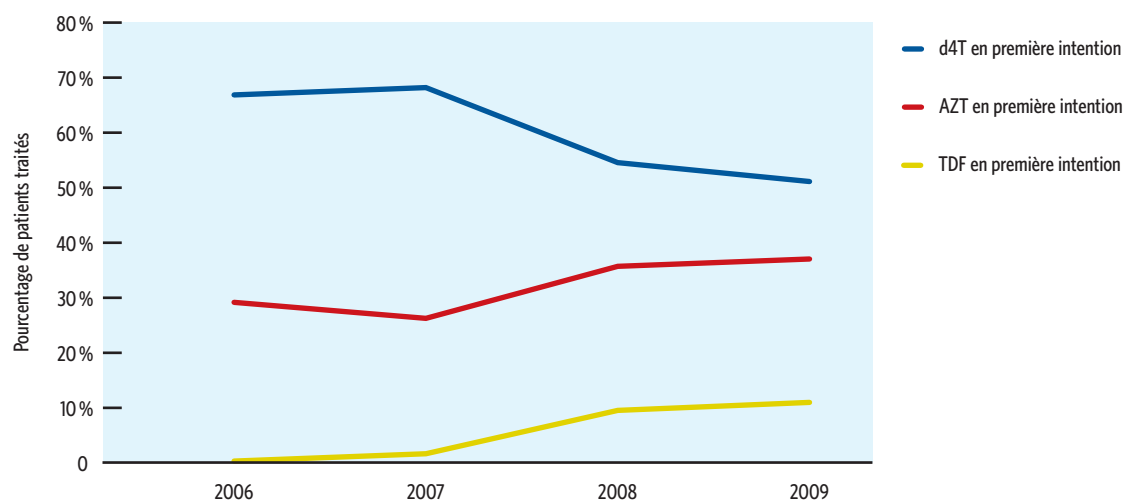
Un sous-groupe de 17 pays a participé à l'ensemble des quatre enquêtes sur l'utilisation des antirétroviraux qui ont été menées de manière consécutive entre 2006 et 2009.¹ En décembre 2009, ces 17 pays représentaient 49,1 % (2 575 000) de l'ensemble des 5 240 000 patients recevant un traitement antirétroviral. Dans ce sous-groupe, l'utilisation de la stavudine dans les associations de première intention a diminué, passant de 67 % en 2006 à 51,5 % en 2009. L'utilisation du ténofovir dans les schémas thérapeutiques de première intention a quant à elle augmenté pour atteindre 10,9 %, contre moins de 1 % en 2006 (figure 4.9). Les données sur les schémas thérapeutiques de deuxième intention montrent la tendance inverse, avec une diminution de l'utilisation du ténofovir entre 2008 (56,5 %) et 2009 (42,6 %).

L'enquête de 2009 a montré qu'un nombre important de pays à revenu faible ou moyen avaient déjà intégré dans leurs directives nationales de traitement les nouvelles recommandations de l'OMS sur les critères d'admissibilité et sur les choix de schémas thérapeutiques à privilégier pour l'adulte et l'enfant (encadré 4.1). Dans un sous-groupe de 54 pays ayant fourni des informations détaillées sur leurs directives nationales de traitement en cours en décembre 2009, 45² avaient déjà recommandé de commencer un traitement antirétroviral quand le nombre de CD4 atteint

1 Les 17 pays sont : Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Inde, Kenya, Lesotho, Namibie, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

2 Ces recommandations ont été adoptées pour tous les patients dans 45 pays : Angola, Arabie Saoudite, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Chine, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Indonésie, Iran (République islamique d'), Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Maroc, Namibie, Nigéria, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République centrafricaine, République de Moldova, République-Unie de Tanzanie, Roumanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan, Swaziland, Tchad, Togo, Ukraine, Viet Nam, Zambie et Zimbabwe. Trois pays ont adopté les recommandations concernant les femmes enceintes : Afrique du Sud, Botswana, et République démocratique du Congo.

Figure 4.9. Proportions de patients recevant de la stavudine (d4T), de la zidovudine (AZT) ou du ténofovir (TDF) dans les schémas thérapeutiques de première intention, dans les 17 pays ayant transmis des données de 2006 à 2009



Encadré 4.11. Pharmacovigilance

Alors que l'extension des programmes de traitement de l'infection à VIH et du sida se poursuit dans les pays à revenu faible ou moyen, le bien-être et la sécurité des patients peuvent être compromis par la survenue d'événements indésirables liés à l'utilisation d'antirétroviraux. On entend notamment par là les problèmes de toxicité, d'intolérance, et d'interactions entre deux médicaments et les événements indésirables liés à l'existence de co-morbidités comme la tuberculose, l'hépatite ou le paludisme.

La pharmacovigilance est un élément essentiel pour optimiser l'observance du traitement par le patient ainsi que les résultats du traitement lui-même, et pour assurer l'efficacité des programmes. Dans le contexte du traitement antirétroviral, les activités de pharmacovigilance sont également importantes en ce qu'elles contribuent à appuyer la prise de décision pour la mise à jour régulière des directives nationales en matière de traitement, de prise en charge et de prévention, et pour fournir des informations sur la sélection initiale des antirétroviraux à utiliser, les prévisions de quantités qui seront employées, leur approvisionnement et leur distribution.

L'OMS recommande l'élaboration de programmes nationaux de pharmacovigilance pour les antirétroviraux. Ces programmes doivent se focaliser sur le suivi et la surveillance des antirétroviraux après leur mise sur le marché en utilisant des méthodes de surveillance active et passive, le suivi des événements survenant dans les cohortes, des registres de grossesse et des études spécifiques. Dans les sites de traitement, les prestataires de services doivent être formés afin d'être capables de prévenir, détecter et évaluer les effets indésirables et les autres problèmes liés à l'utilisation des antirétroviraux. Les programmes de pharmacovigilance doivent aussi contribuer à créer une « culture de sécurité », qui se fonde sur une communication de qualité des informations sur les avantages, les effets nocifs et les risques des médicaments à l'adresse des médecins, des patients et du public.

Financé par la Fondation Bill et Melinda Gates, *WHO Pharmacovigilance project for antiretroviral medicines* (Projet OMS sur la pharmacovigilance des antirétroviraux) se base sur cinq composantes principales : consensus sur les définitions, méthodes et outils, renforcement des compétences, calendrier de recherche, coordination et partage de l'information.

En partenariat avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'OMS a élaboré une stratégie basée sur les meilleures pratiques pour favoriser l'inclusion d'activités de pharmacovigilance dans les propositions au Fonds mondial et dans les plans concernant les produits pharmaceutiques, ainsi que pour identifier et tester sur le terrain des processus et des outils efficaces pour mener ce type d'activités. Ces documents et ces outils sont disponibles en ligne sur la page Internet : <http://www.who.int/hiv/topics/pharmacovigilance/en/>.

Bibliographie

OMS. *A practical handbook for the pharmacovigilance of antiretroviral medicines*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. (<http://www.who.int/hiv/pub/pharmacovigilance/handbook/en/index.html>, consulté en ligne le 29 septembre 2010).

OMS. *Pharmacovigilance for antiretrovirals in resource-poor countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007. (www.who.int/entity/medicines/publications/PhV_for_antiretrovirals.pdf, consulté en ligne le 29 septembre 2010).

OMS. *The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006. (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/Pharmacovigilance_B.pdf, consulté en ligne le 29 septembre 2010).

The Uppsala Monitoring Centre (UMC - Centre de collaboration de l'OMS pour la surveillance internationale des médicaments), Surveillance de la sécurité d'emploi des médicaments : Guide pour la création et le fonctionnement d'un centre de pharmacovigilance. The Uppsala Monitoring Centre, 2000. (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/h2934f/h2934f.pdf>, consulté en ligne le 8 novembre 2010).

OMS. *Clinical management of adverse events linked to antiretroviral medicines*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (sous presse).

ou passe en dessous de 350 cellules/mm³, et 33¹ étaient en train de changer activement les schémas thérapeutiques basés sur la stavudine pour des schémas contenant de la zidovudine ou du ténofovir.

Une surveillance adaptée de l'utilisation des antirétroviraux en situation réelle demeure essentielle pour identifier les éventuelles différences entre les lignes directrices et les pratiques cliniques qui pourraient mettre en danger la vie des patients ou compromettre les résultats des programmes. Ceci s'avère particulièrement indiqué dans un contexte où de nombreux pays doivent faire face à une augmentation des contraintes budgétaires et s'acquitter de deux tâches délicates que sont le remplacement de la stavudine par d'autres composantes d'un prix plus élevé tout en augmentant le nombre de patients sous traitement suite à l'adoption récente de nouveaux critères d'admissibilité pour le traitement.

1 Un arrêt progressif de l'utilisation de la stavudine est en cours dans 33 pays : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Chine, Comores, Côte d'Ivoire, Congo, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Indonésie (ténofovir), Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Maroc, Mozambique (zidovudine), Namibie, Ouganda, République centrafricaine, République de Moldova, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Soudan, Tchad, Togo, Ukraine. L'élaboration d'un plan pour l'arrêt progressif de l'utilisation de la stavudine est en cours dans cinq autres pays.

4.1.7. Prix des antirétroviraux

Établi en 2004, le Mécanisme mondial de signalement des prix pour les antirétroviraux donne des informations sur le prix des transactions pour les antirétroviraux achetés dans 123 pays (43 pays à revenu faible, 48 pays à revenu moyen de la tranche inférieure et 32 pays à revenu moyen de la tranche supérieure).

Les données transmises montrent que les prix des six schémas thérapeutiques recommandés par l'OMS les plus utilisés ont baissé de 1 % à 36 % dans les pays à revenu faible ou moyen, ce qui a contribué à accroître leur disponibilité (figure 4.10).² Sur le plan régional, les prix ont tendance à être moins élevés en Afrique subsaharienne que dans les autres régions. Le prix moyen des différents schémas thérapeutiques de deuxième intention demeure élevé dans l'ensemble des régions (avec cependant certaines exceptions dans les pays à revenu faible), et les alternatives utilisant des génériques présélectionnés sont rares ou inexistantes.

2 Des données supplémentaires concernant les pays à revenu moyen de la tranche inférieure et de la tranche supérieure sont disponibles en ligne sur la page Internet (en anglais) <http://www.who.int/hiv/data/en/>.

Figure 4.10. Coût médian annuel (en dollars des États-Unis d'Amérique) des schémas thérapeutiques de première intention utilisés chez l'adulte dans les pays à revenus faible, de 2006 à 2009

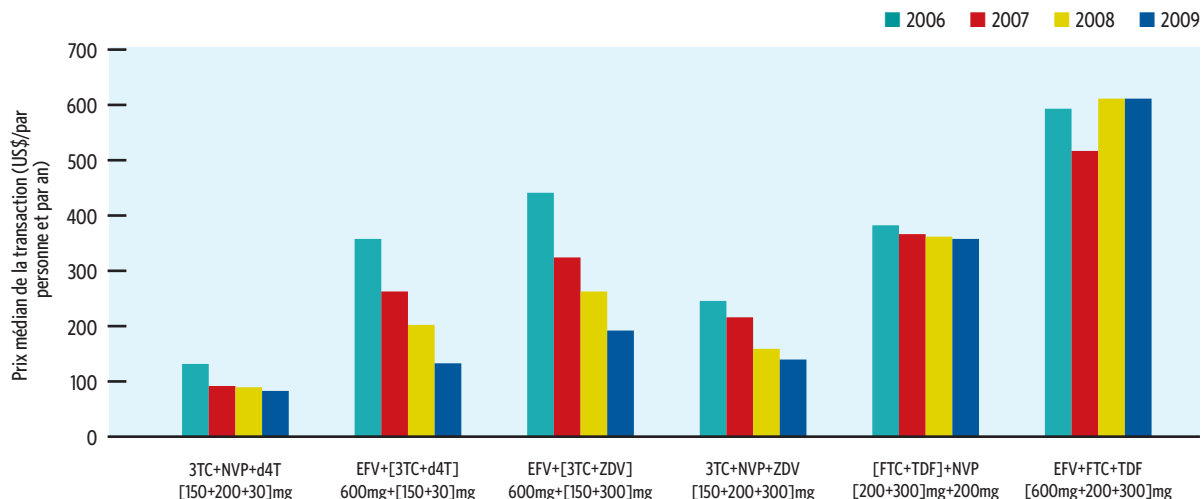
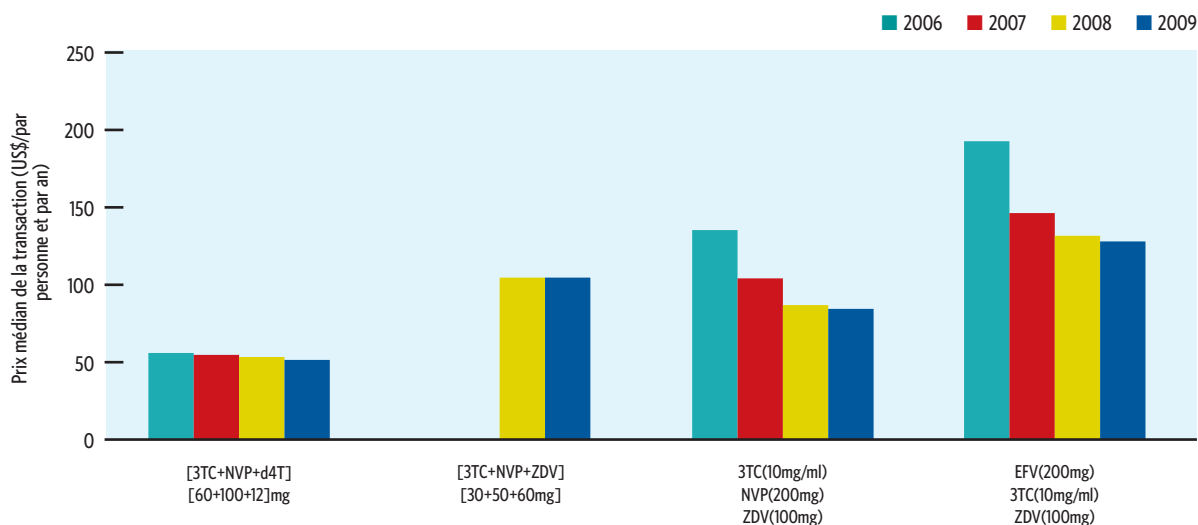


Figure 4.11. Coût médian annuel (en dollars des États-Unis d'Amérique) des schémas thérapeutiques de première intention utilisés chez l'enfant (de 10 kg ou plus) dans les pays à revenus faible, de 2006 à 2009



4.1.7a. Prix des schémas thérapeutiques de première intention dans les pays à revenu faible¹

Dans les pays à revenu faible, le prix médian des schémas thérapeutiques de première intention en 2009 était compris entre US\$ 81 par personne adulte et par an pour l'association de médicaments en doses fixes d4T+3TC+NVP (l'association la plus couramment utilisée) et US\$ 613 pour l'association de médicaments en doses fixes la plus chère (TDF+FTC+EFV) (figure 4.10). La médiane pondérée² du prix des six schémas thérapeutiques les plus couramment

utilisés (représentant 96 % des schémas thérapeutiques prescrits dans les pays à revenu faible) était de US\$ 137 par personne et par an en 2009, soit 3 % de moins que son prix médian moyen en 2008. Cette réduction est modeste, mais elle s'est produite alors que les schémas thérapeutiques plus coûteux à base de ténofovir sont plus couramment utilisés. La diminution des prix observée entre 2006 et 2009 (54 %) peut être attribuée à l'extension continue qu'ont connue les programmes au cours de cette période, à l'accroissement du volume des transactions et à la prédictibilité des demandes, à la compétition entre les différents produits présélectionnés par l'OMS toujours plus nombreux, et à des politiques de prix favorables de la part des compagnies pharmaceutiques.

¹ Pays ayant un revenu national brut par habitant inférieur ou égal à US\$ 975.
² La médiane pondérée du prix est la somme de la médiane du prix de chacun des schémas thérapeutiques pondérée (ou multipliée) par le pourcentage de patients dans la population générale utilisant ce schéma thérapeutique.

En 2009, l'association d4T+3TC+NVP est devenue le schéma thérapeutique le plus largement prescrit chez l'enfant (de 10 kg ou plus), remplaçant l'association AZT+3TC+NVP. Son prix moyen a diminué, passant de US\$ 57 par personne et par an en 2006 à US\$ 52 en 2009. Le prix moyen des autres associations a également continué à diminuer (figure 4.11). Ces diminutions de prix peuvent être attribuées à l'existence d'un marché plus large pour les produits pédiatriques, au succès des négociations avec les principaux fabricants de génériques et à l'élaboration d'associations de médicaments en doses fixes pour enfant.

4.1.7b. Prix des schémas thérapeutiques de première intention dans les pays à revenu moyen de la tranche inférieure¹

En 2009, les prix médians étaient compris entre US\$ 76 par personne et par an pour le schéma thérapeutique le moins cher associant d4T+3TC+NVP et US\$ 667 par personne et par an pour le schéma thérapeutique le plus coûteux associant TDF+FTC+EFV. Au cours de cette même année, la médiane pondérée du prix des six schémas thérapeutiques les plus couramment utilisés était de US\$ 141 par personne et par an, soit une diminution de 13 % du prix par rapport à l'année précédente.

L'association la plus fréquemment utilisée chez l'enfant (pesant 10 kg ou plus) était d4T+3TC+NVP; de US\$ 70 par personne et par an en 2006, son prix a diminué pour atteindre US\$ 55 en 2009.

4.1.7c. Prix des schémas thérapeutiques de première intention dans les pays à revenu moyen de la tranche supérieure²

En 2009, les prix médians dans les pays à revenu moyen de la tranche supérieure étaient compris entre US\$ 88 par personne et par an pour le schéma thérapeutique le moins coûteux associant d4T+3TC+NVP et US\$ 635 par personne et par an pour le schéma thérapeutique associant TDF+FTC+NVP. Au cours de cette même année, la moyenne de la médiane pondérée du prix des six schémas thérapeutiques les plus couramment utilisés était de US\$ 202 par personne et par an. Cela représente une augmentation de 21 % par rapport au prix médian observé en 2008, qui s'explique en partie par l'inclusion de schémas thérapeutiques plus coûteux à base de ténofovir pour le traitement de première intention.

En ce qui concerne l'enfant (pesant 10 kg ou plus), seules des données sur des schémas thérapeutiques à base d'AZT ont été transmises pour l'année 2009. Le prix de l'association AZT+3TC+NVP, schéma thérapeutique le plus fréquemment utilisé, a atteint US\$ 177, soit une diminution de 16 % depuis 2006.

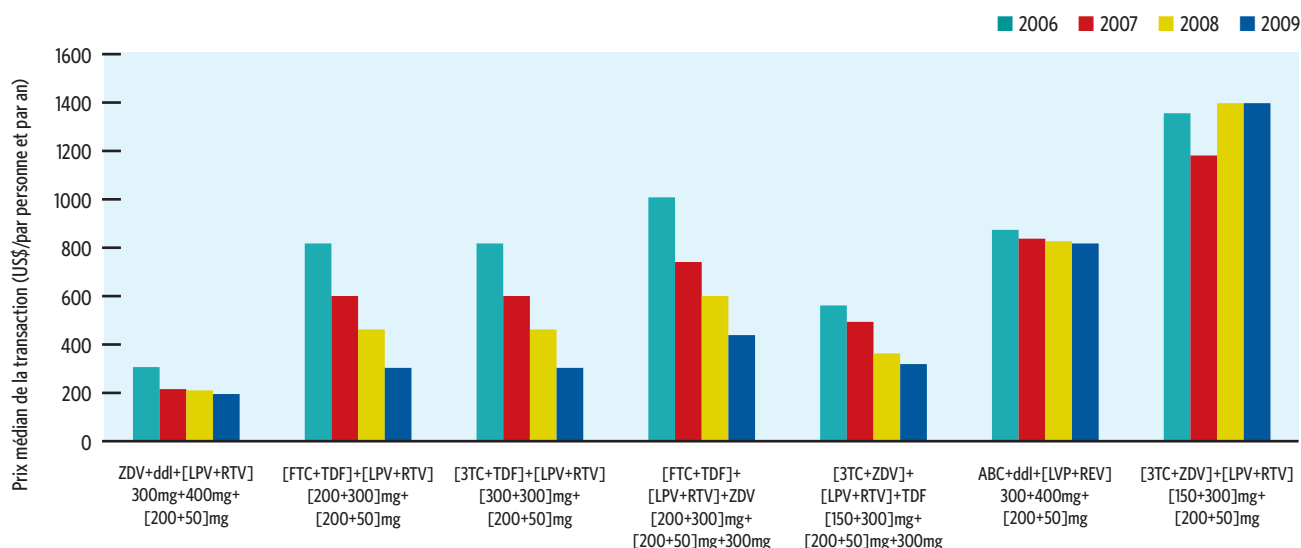
4.1.7d. Schémas thérapeutiques de deuxième intention dans les pays à revenu faible ou moyen

Les prix des différents schémas thérapeutiques de deuxième intention ont également baissé en 2009 mais sont restés plus élevés que ceux des schémas thérapeutiques de première intention dans les pays à revenu faible (figure 4.12), à revenu moyen de la tranche inférieure et à revenu moyen de la

¹ Pays ayant un revenu national brut par habitant compris entre US\$ 976 et US\$ 3855.

² Pays ayant un revenu national brut par habitant compris entre US\$ 3856 et US\$ 11 905.

Figure 4.12. Coût médian (en dollars des États-Unis d'Amérique) des schémas thérapeutiques de deuxième intention utilisés chez l'adulte dans les pays à revenu faible, de 2006 à 2009



Encadré 4.12. Étendre la riposte à l'hépatite virale

Les problèmes posés par les co-infections du VIH avec les virus responsables des hépatites, notamment de l'hépatite B et de l'hépatite C, doivent faire l'objet d'une attention plus soutenue. Du fait de l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral depuis 2003, de nombreux patients présentant une co-infection ont pu avoir accès au traitement antirétroviral pour traiter leur infection à VIH. L'accès au traitement des hépatites virales n'a cependant pas été élargi dans le même temps, et de nombreuses personnes vivant à la fois avec le VIH et avec une hépatite virale sont donc toujours exposées aux complications de l'hépatite B ou de l'hépatite C, y compris à des pathologies hépatiques mortelles.

Depuis leur mise à jour, il est maintenant recommandé dans les lignes directrices de l'OMS pour les adultes et les adolescents de commencer un traitement, quel que soit le stade clinique de l'OMS ou le nombre de CD4, chez tous les patients présentant une co-infection VIH/hépatite B avec une hépatite B chronique active¹ quand un traitement de l'hépatite B est recommandé. Ces lignes directrices recommandent d'utiliser un schéma thérapeutique d'antirétroviraux contenant du ténofovir (TDF) et de la lamivudine (3TC) (ou de l'emtricitabine) chez toute personne présentant une co-infection par le VIH et par une hépatite B qui nécessite un traitement. En cas d'échec du traitement antirétroviral, le TDF et le 3TC (ou l'emtricitabine) devront être continués car ils demeurent actifs contre le virus de l'hépatite B, et le schéma thérapeutique de deuxième intention devra contenir d'autres antirétroviraux ayant une activité anti-VIH. Une association d'interféron pégylé et de ribavirine peut être efficace pour traiter l'hépatite C. Le traitement de l'infection par le virus de l'hépatite C peut permettre de faire disparaître le virus, évitant ainsi l'apparition de lésions hépatiques à long terme. Le diagnostic de cette pathologie et le suivi de l'efficacité du traitement nécessitent cependant des capacités de laboratoire importantes.

La résolution WHA63.18, adoptée à la 63^{ème} Assemblée mondiale de la Santé qui s'est tenue en mai 2010, a reconnu que les hépatites virales posent un problème de santé publique et a lancé un appel en faveur de la mise en œuvre d'une riposte globale. Elle a également appelé les États Membres à améliorer les systèmes de surveillance épidémiologique et à renforcer les capacités de laboratoire, le cas échéant, afin de générer des informations fiables aux fins d'orienter les mesures de prévention et de lutte (49).

1 Là où les ressources sont suffisantes, le diagnostic de l'hépatite chronique active repose actuellement sur des paramètres histologiques obtenus à partir d'une biopsie hépatique et/ou sur la disponibilité de tests de recherche de l'ADN du virus de l'hépatite B; aucun de ces tests n'est habituellement disponible en situation de ressources limitées. Des discussions sont en cours pour élaborer une définition mondiale de l'hépatite chronique active applicable en situation de ressources limitées et reposant sur des signes cliniques et des paramètres biologiques plus simples.

tranche supérieure. En 2009, le prix médian du schéma thérapeutique de deuxième intention le plus couramment utilisé, l'association ZDV+ddl+LPV/r, était de US\$ 853 par personne et par an dans les pays à revenu faible, US\$ 1378 dans les pays à revenu moyen de la tranche inférieure et US\$ 3638 dans les pays à revenu moyen de la tranche supérieure. Le prix médian du deuxième schéma thérapeutique de deuxième intention le plus couramment utilisé, l'association [FTC+TDF]+LPV/r, était de US\$ 819 par personne et par an dans les pays à revenu faible, US\$ 1392 dans les pays à revenu moyen de la tranche inférieure et US\$ 3551 dans les pays à revenu moyen de la tranche supérieure. Le prix réel des schémas thérapeutiques de deuxième intention varie grandement d'un pays à l'autre. La diminution du prix des différents schémas thérapeutiques de deuxième intention observée entre 2006 et 2009 peut être attribuée à différents facteurs : la présélection de formes génériques alternatives pour l'abacavir (ABC), le LPV/r et le TDF, la fin du brevet du ddl, l'extension des programmes de traitement et les nouvelles politiques de prix des firmes pharmaceutiques qui ont augmenté la compétition entre les différents produits présélectionnés par l'OMS. Un nombre toujours plus grand de patients doit utiliser un schéma thérapeutique de deuxième intention; il est donc de plus en plus important de prendre des mesures pour contrôler le prix de ce type de schémas afin de maîtriser au mieux l'utilisation des ressources disponibles.

4.2. Activités conjointes contre la tuberculose et le VIH

La tuberculose liée à l'infection à VIH reste un défi pour la riposte du secteur de la santé au VIH. Selon des données récentes, il est estimé que 1,4 million des 9,4 millions de cas incidents de tuberculose survenus en 2008 concernaient des personnes vivant avec le VIH. Environ 520 000 décès

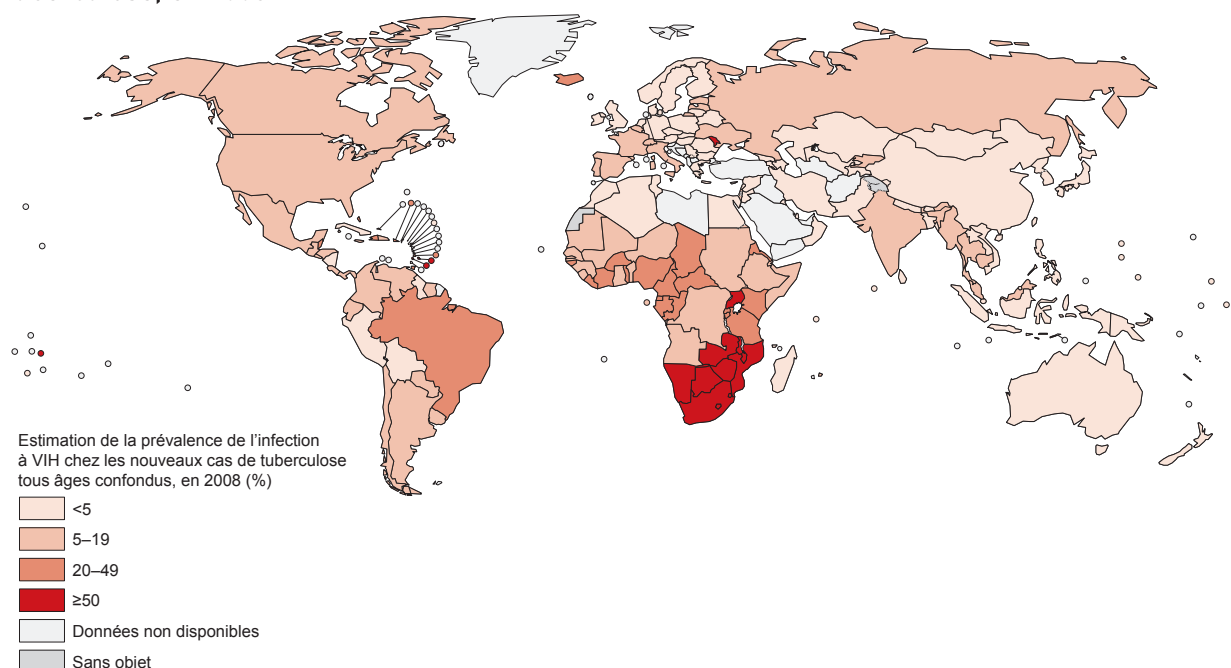
dus à la tuberculose sont survenus chez des personnes vivant avec le VIH, soit, selon les estimations, 26 % des 2 millions de décès dus à l'infection à VIH et 29 % des 1,8 million de décès dus à la tuberculose au cours de cette année-là (50). Selon la prévalence de l'infection à VIH dans la population, le risque d'être atteint d'une tuberculose est 20 à 37 fois plus élevé chez les personnes vivant avec le VIH que dans la population générale (51).

La majorité des personnes présentant une co-infection VIH/tuberculose vivent toujours en Afrique subsaharienne. En 2008, environ 78 % des cas de tuberculose séropositifs vivaient dans cette région, dont un quart en Afrique du Sud. Parmi les cas restants, 13 % vivaient en Asie du Sud-Est, principalement en Inde.

Les données sur les formes de tuberculose pharmacorésistante montrent que, selon les estimations, 440 000 des 9,4 millions de cas incidents de tuberculose en 2008 étaient des cas de tuberculose multirésistante. La Région de l'Europe orientale et de l'Asie centrale est particulièrement touchée. En 2008, 58 pays et territoires ont également transmis des données sur au moins un cas de tuberculose ultrarésistante. Les personnes vivant avec le VIH peuvent être particulièrement à risque de tuberculose pharmacorésistante, avec augmentation de la mortalité et diminution importante de la durée de survie, et ce du fait de différentes raisons : difficultés et retards de diagnostic, accès insuffisant au traitement antirétroviral et complications liées au traitement concomitant par des antirétroviraux et des antituberculeux, mise en œuvre insuffisante du traitement préventif par l'isoniazide, mesures inadéquates de lutte contre la tuberculose (52–56).

Il est crucial que les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et les programmes nationaux de lutte contre le VIH mènent des activités conjointes pour prévenir,

Figure 4.13. Estimation de la prévalence de l'infection à VIH chez les nouveaux cas de tuberculose, en 2008



Encadré 4.13. Vers des services intégrés et efficaces de lutte contre le VIH et la tuberculose en Éthiopie

En Éthiopie, la mise en œuvre d'activités conjointes contre la tuberculose et l'infection à VIH a commencé dans neuf sites en 2004. La mise en place en 2007 du *TB/HIV Technical Working Group* (Groupe de travail technique sur l'infection à VIH et la tuberculose) a accéléré l'extension de ces activités qui étaient menées dans 848 sites en 2009 (57). La prise en charge et le traitement de l'infection à VIH/du sida et de la tuberculose sont fournis dans des services séparés mais situés à proximité l'un de l'autre. Des services en rapport avec l'infection à VIH sont disponibles dans les services de prise en charge de la tuberculose, principalement le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire, le conseil après le test et l'orientation vers une unité de prise en charge de l'infection à VIH qui à son tour propose une prophylaxie au cotrimoxazole, d'autres médicaments pour la prophylaxie d'infections opportunistes et un traitement antirétroviral. Le nombre de patients atteints de tuberculose dont le statut par rapport au VIH était connu a augmenté rapidement, passant de 20 723 en 2007 à 56 040 en 2009 ; il a donc plus que doublé sur une période de trois ans (58). En 2009, un traitement préventif au cotrimoxazole et un traitement antirétroviral étaient respectivement fournis à 11 098 et 7516 patients tuberculeux séropositifs, alors qu'ils l'étaient respectivement pour 4529 et 2658 patients en 2007. Selon les estimations, un test VIH est réalisé chez 95 % des patients atteints de tuberculose, et presque la totalité du personnel médical travaillant dans les services de prise en charge de la tuberculose ou de l'infection à VIH et du sida ont été formés aux activités conjointes contre ces deux infections.

Malgré les avancées régulièrement obtenues, un certain nombre de problèmes d'ordre programmatique doivent encore être résolus pour étendre davantage la mise en œuvre des activités intégrées contre la tuberculose et l'infection à VIH. Les points suivants doivent faire l'objet d'une attention accrue : la coordination régionale entre les entités de lutte contre la tuberculose et les entités de lutte contre l'infection à VIH ; la formation du personnel de santé travaillant dans le domaine de la tuberculose sur le traitement antirétroviral et les soins à dispenser en cas de maladie chronique ; la production régulière de directives portant sur la prise en charge de la tuberculose et de l'infection à VIH ; la mise à disposition dans tous les services de manuels détaillant les instructions à suivre et de matériel d'information ; la mise en place d'un cadre fiable pour le suivi et l'évaluation des activités conjointes contre la tuberculose et l'infection à VIH. Pour garantir une efficacité maximale aux programmes, les communautés doivent être davantage engagées dans la conception, la réalisation et l'évaluation des activités en rapport avec la lutte contre l'infection à VIH et la tuberculose.

diagnostiquer et traiter d'une part la tuberculose chez les personnes présentant une infection à VIH et d'autre part l'infection à VIH chez les personnes présentant une tuberculose. Ces activités doivent comprendre : la mise en œuvre de *mécanismes de collaboration* (comme par exemple des instances de coordination, une planification, une surveillance, un suivi et une évaluation conjoints) ; *réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux* (avec conseil et dépistage du VIH, traitement préventif au cotrimoxazole, traitement antirétroviral, prévention de l'infection à VIH, et prise en charge et soutien des patients) ; et *réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les patients vivant avec le VIH/sida* (stratégie des « trois I » pour lutter contre l'infection à VIH et la tuberculose – dépistage intensifié des cas, prévention de la tuberculose par un traitement préventif par l'isoniazide et/ou un traitement antirétroviral, et lutte contre l'infection tuberculeuse).

Différents modèles de prestation de services intégrés de lutte contre la tuberculose et contre l'infection à VIH ont été mis en application dans plusieurs pays ; leurs résultats sont prometteurs. En Inde, par exemple, les services de lutte contre la tuberculose et contre l'infection à VIH sont fournis de façon séparée, avec un renforcement de l'orientation des patients d'un service vers l'autre. Le dépistage du VIH dans les services de prise en charge de la tuberculose et le dépistage de la tuberculose dans les services d'hospitalisation médicale et de consultation pour les personnes séropositives ont été utilisés au Rwanda. L'utilisation de modèles intégrés avec *one-stop service* (regroupement des services en un seul lieu) a été signalée en Afrique du Sud. Chacun de ces modèles présente toutefois des avantages et des inconvénients, et

dépend fortement du contexte et des choix politiques. Quel que soit le modèle choisi, un accès précoce au conseil et au dépistage du VIH, au traitement antirétroviral et au traitement préventif ou curatif de la tuberculose sont indispensables à la prévention de l'excès de morbidité et de mortalité lié à la tuberculose.

4.2.1. Réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux et dans leur communauté¹

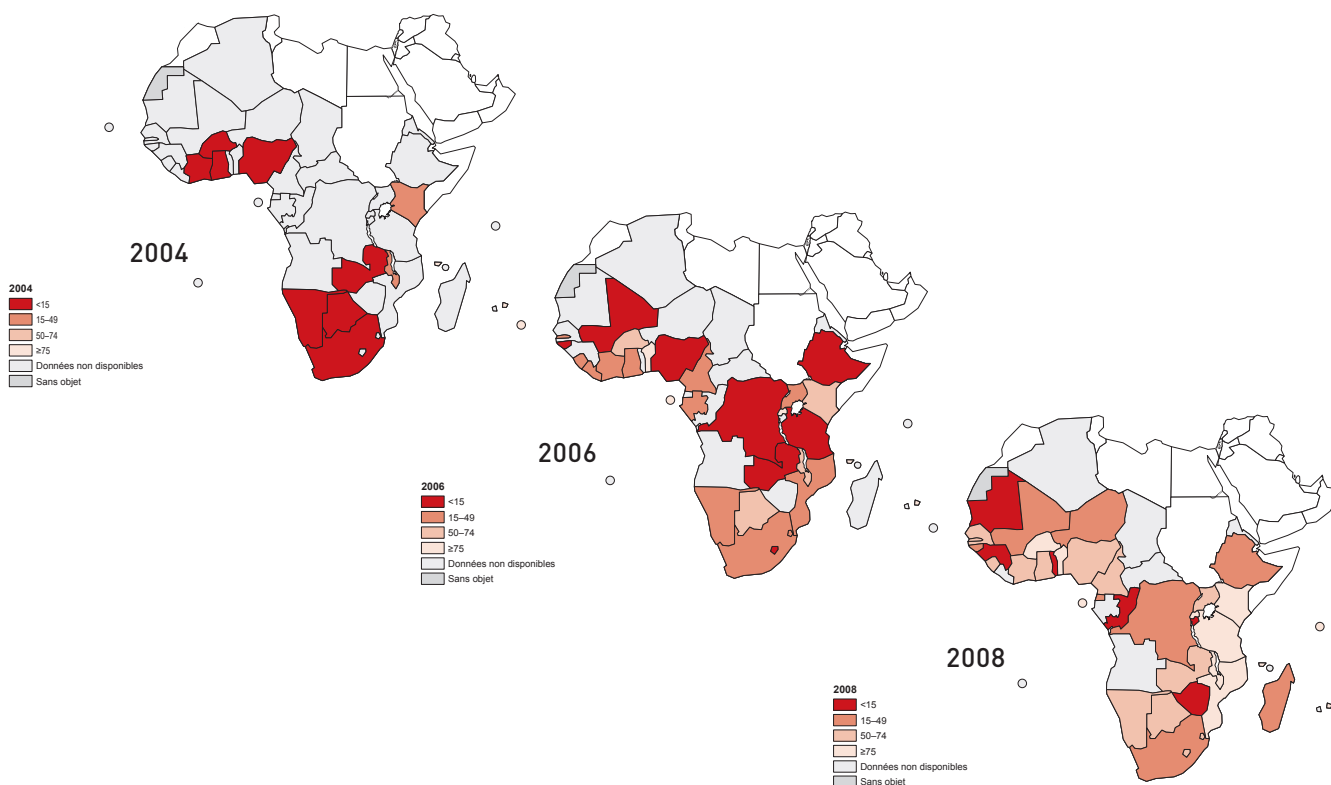
Il est recommandé de fournir un conseil et un dépistage du VIH à toute personne présentant des signes ou des symptômes suggérant une tuberculose ou avec une tuberculose confirmée. Des avancées ont été obtenues ces dernières années pour étendre le conseil et le dépistage chez les patients atteints de tuberculose. En 2008, presque 1,4 million d'entre eux connaissaient leur statut par rapport au VIH (22 % des cas notifiés contre 16 % en 2007 et 3,2 % en 2004). Cette année-là, un dépistage du VIH a été réalisé chez 45 % des patients atteints de tuberculose en Afrique, soit dix fois plus qu'en 2004 (figure 4.14); ce chiffre a atteint 79 % dans la Région européenne de l'OMS.

Il a été prouvé que l'utilisation de cotrimoxazole permet de réduire la morbidité et la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose. En 2008, environ 230 000 patients qui présentaient ce type de co-infection et connaissaient leur statut par rapport au VIH (soit 71 % d'entre eux) ont reçu ce médicament. Sur la foi des données transmises par les pays, l'estimation de la couverture au cours de ces dernières années est restée stable : 77 % en 2006, 67 % en 2007.

Pour les personnes vivant avec le VIH, le traitement antirétroviral est une intervention prioritaire qui permet de leur sauver la vie. Quand une tuberculose est diagnostiquée chez une personne vivant avec le VIH, l'OMS recommande de commencer dès que possible un traitement antirétroviral, quel que soit son statut immunologique (encadré 4.1). Dans l'ensemble des pays ayant transmis des données, le nombre de personnes vivant avec le VIH et la tuberculose et recevant un traitement antirétroviral a augmenté, passant de 67 000 dans 69 pays ayant transmis des données en 2006, à 125 000 dans 77 pays en 2008 et 173 000 dans 101 pays en 2009. Parmi ces personnes, environ 141 000 se trouvaient en Afrique subsaharienne, 14 000 en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, 8500 en Amérique latine et dans les Caraïbes, 8100 en Europe orientale et en Asie centrale, et 1000 en Afrique du Nord et au Moyen-Orient. Cela représente 17 % du nombre estimé de cas de tuberculose et d'infection à VIH dans les pays ayant transmis des données, un chiffre

¹ Les informations données dans ce sous-chapitre sont en grande partie tirées du document *Global Tuberculosis Control: a short update to the 2009 report* (Rapport 2009 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde), Organisation mondiale de la Santé, 2010. Des références supplémentaires ont été utilisées et citées le cas échéant.

Figure 4.14. Taux de dépistage du VIH chez les patients atteints de tuberculose dans la Région africaine de l'OMS, de 2004 à 2008



Encadré 4.14. Impact du traitement antirétroviral sur l'incidence de la tuberculose et sur les résultats du traitement antituberculeux

Les données scientifiques tendent de plus en plus à confirmer que l'utilisation du traitement antirétroviral peut réduire l'incidence de la tuberculose, ainsi que la morbidité et la mortalité qui y sont liées. Il a été montré que l'utilisation du traitement antirétroviral permettait une réduction de l'incidence de la tuberculose allant jusqu'à 90 % au niveau individuel (59) et 60 % au niveau de la population (60).

Impact du traitement antirétroviral sur l'incidence de la tuberculose

Un essai clinique mené à Haïti comparant un début du traitement antirétroviral à un stade précoce de l'infection à VIH (nombre de CD4 égal ou inférieur à 350 cellules/mm³) à un début au stade habituel (nombre de CD4 égal ou inférieur à 200 cellules/mm³) a montré qu'un début précoce avait non seulement un impact positif important sur la survie, mais permettait aussi une diminution d'environ 50 % de l'incidence de la tuberculose (61). Au Brésil, les taux de récurrence de tuberculose, que celle-ci soit due à une réinfection ou à une réactivation, ont diminué de moitié entre 1995 et 2001 après l'introduction du traitement antirétroviral (62). L'utilisation du traitement antirétroviral a aussi été associée à une négativation plus rapide des frottis et des cultures (63).

L'utilisation d'un modèle mathématique a permis d'étudier l'impact à court et à long terme du traitement antirétroviral sur l'incidence de la tuberculose. Une fois l'accès universel obtenu, l'incidence de la tuberculose liée au VIH devrait diminuer de 50 % si les personnes commencent un traitement antirétroviral dans les cinq années qui suivent leur séroconversion.¹

Impact du traitement antirétroviral sur les résultats du traitement antituberculeux

Des données scientifiques montrent aussi que le traitement antirétroviral peut sensiblement diminuer la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Des données provenant d'études d'observation menées en situation de ressources limitées et dans des situations où les ressources sont suffisantes ont montré que, après ajustement, l'utilisation du traitement antirétroviral est associée à une importante réduction du risque de mortalité due à la tuberculose allant de 54 % à 95 % (64).

Des données provenant d'études d'observation montrent une forte corrélation entre un début précoce du traitement antirétroviral au cours d'un traitement antituberculeux et un faible taux de mortalité (65–71). Ces études en ont conclu que, par rapport à un début tardif du traitement antirétroviral, le risque de mortalité était réduit quand le traitement antirétroviral était initié le plus rapidement possible lors du traitement antituberculeux. Du fait de ces nouveaux éléments, l'OMS recommande maintenant un traitement antirétroviral pour toute personne vivant avec le VIH chez qui une tuberculose est diagnostiquée, quel que soit son statut immunologique, et de commencer le traitement antirétroviral dès que possible après avoir commencé le traitement antituberculeux.

¹ Williams B, communication personnelle, 2010.

beaucoup plus faible que l'estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez tous les patients présentant une infection à VIH dans les pays à revenu faible ou moyen. Puisque les données montrent une amélioration de l'accès des patients atteints de tuberculose au dépistage de l'infection à VIH d'une part, et que liens existants entre les services de prise en charge de la tuberculose et de l'infection à VIH sont de plus en plus forts d'autre part, cet écart pourrait être la manifestation d'une insuffisance dans la transmission des données concernant l'accès au traitement pour les patients présentant une tuberculose et une infection à VIH. Mais cela pourrait aussi indiquer que les patients atteints de tuberculose ont un moins bon accès au traitement antirétroviral qu'au traitement antituberculeux. Les données provenant de huit pays et représentant 18 % de l'estimation de la charge mondiale de cas de tuberculose séropositifs en 2007 ont en effet montré qu'il existe plus de cinq centres de traitement de la tuberculose décentralisés pour chaque structure fournissant un traitement antirétroviral (51).

4.2.2. Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH

La stratégie des « trois I » pour lutter contre l'infection à VIH et la tuberculose (traitement préventif par l'isoniazide, prévention de la tuberculose avec dépistage intensifié des cas et lutte contre l'infection tuberculeuse) (encadré 4.15) est utilisée pour diminuer la charge de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. La mise en œuvre insuffisante de cette stratégie demeure un sujet de préoccupation

Encadré 4.15. Lignes directrices des « trois I » pour lutter contre l'infection à VIH et la tuberculose

Dans la version préliminaire révisée des lignes directrices de l'OMS sur le dépistage intensifié des cas et le traitement préventif par l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH en situation de ressources limitées, il est recommandé d'utiliser un algorithme simplifié de dépistage comprenant la recherche de quatre symptômes – toux actuelle, fièvre, perte de poids, sueurs nocturnes – pour identifier les personnes admissibles soit pour recevoir un traitement préventif par l'isoniazide, soit pour continuer les investigations à la recherche d'une tuberculose et d'autres pathologies. La radio pulmonaire n'est plus obligatoire pour commencer un traitement préventif par l'isoniazide, mais les lignes directrices continuent à recommander son utilisation quand cela est faisable afin d'augmenter la sensibilité du dépistage. En s'appuyant sur la politique de traitement préventif par l'isoniazide de l'ONUSIDA et de l'OMS de 1998, ces nouvelles lignes directrices recommandent fortement au moins six mois de traitement préventif par l'isoniazide chez les enfants et les adultes, y compris les femmes enceintes, recevant un traitement antirétroviral et chez ceux ayant terminé avec succès un traitement antituberculeux. De plus, il est maintenant recommandé sous certaines conditions de donner un traitement préventif par l'isoniazide de 36 mois dans les situations de forte prévalence de l'infection à VIH et de la tuberculose. Les lignes directrices révisées mettent l'accent sur le fait que le test cutané à la tuberculine n'est pas une condition requise pour commencer un traitement préventif par l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH. Mais quand il est faisable, ce test peut aider à identifier les personnes qui tireront le maximum de bénéfices de ce traitement préventif. Les lignes directrices révisées insistent aussi sur le fait que le traitement préventif par l'isoniazide est une composante à part entière des services de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH, et recommandent que les programmes de lutte contre le sida et que les prestataires de services travaillant dans le domaine de l'infection à VIH considèrent la prévention de la tuberculose comme une de leurs responsabilités de premier plan. Depuis leur révision, ces lignes directrices ne parlent plus du traitement préventif par l'isoniazide comme d'une intervention isolée pour les personnes vivant avec le VIH, mais recommandent qu'il fasse partie d'un ensemble plus large d'interventions pour la prévention de la tuberculose, au côté de la lutte contre la tuberculose, la recherche intensifiée des cas de tuberculose et la fourniture du traitement antirétroviral.

moyenne au regard de la lutte contre ces deux épidémies. En 2009, 43 % des pays ayant transmis des données (48 sur 112) ont indiqué que le traitement préventif par l'isoniazide faisait partie de l'ensemble des interventions fournies aux personnes vivant avec le VIH; 60 % ont signalé avoir mis en œuvre un dépistage intensifié des cas pour la prévention de la tuberculose; et 51 % avaient une politique de lutte contre l'infection tuberculeuse.

Il est essentiel que les responsables des programmes de lutte contre le VIH ainsi que les responsables des programmes de lutte contre la tuberculose travaillent en étroite collaboration avec les communautés concernées, afin d'étendre l'utilisation de la stratégie des « trois I » pour lutter contre l'infection à VIH et la tuberculose et pour que cette stratégie fasse partie de l'accès universel à une prévention, une prise en charge et un traitement de qualité de l'infection à VIH et de la tuberculose (64).

4.3. Perspectives d'avenir

En décembre 2009, 1,2 million de personnes supplémentaires recevaient un traitement antirétroviral, ce qui représente la plus forte augmentation enregistrée d'une année à l'autre. Mais depuis que les lignes directrices révisées sur le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent recommandent de commencer le traitement à un stade plus précoce de la maladie, le nombre de personnes admissibles pour le traitement a augmenté de 45 % dans les pays à revenu faible ou moyen, passant de 10,1 à 14,6 millions. Cela signifie que malgré les avancées répétées, seuls 36 % des patients qui ont besoin d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen y ont actuellement accès.

Pour atteindre un accès universel, il faudra augmenter dans un premier temps les investissements; mais il est probable que ceux-ci seront plus que compensés à moyen terme par les économies réalisées du fait de la diminution des taux de morbidité et de mortalité et des coûts des hospitalisations et des soins palliatifs. Cette dynamique positive souligne la nécessité d'intensifier les efforts réalisés pour élargir l'accès aux interventions de traitement et de prise en charge.

En plus d'une intensification des efforts, il faut utiliser de nouveaux modèles pour améliorer l'efficacité et l'efficacités de la prestation de services, y compris la fourniture du traitement antirétroviral, étendre leur couverture et augmenter l'impact des interventions en rapport avec l'infection à VIH en général.

Il faut faire davantage pour intégrer de manière stratégique les interventions concernant l'infection à VIH et le sida dans les services de santé, les stratégies et les plans des pays, notamment ceux dédiés à la santé sexuelle, génésique, maternelle et infantile, à la lutte contre la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles, et à la réduction des risques. Des approches spécifiques demeurent aussi nécessaires pour prendre en considération les circonstances

particulières et les besoins propres retrouvés dans certains groupes que les services n'arrivent pas à atteindre par les voies habituelles, notamment les groupes identifiés comme étant à risque élevé d'être infectés par le VIH.

Dans de nombreux pays à revenu faible ou moyen, de multiples obstacles programmatiques viennent interrompre la continuité de la prise en charge entre le début du traitement et son maintien à long terme, et viennent entraver les ripostes efficaces et menacer leur pérennité. L'objectif de l'initiative Traitement 2.0 lancée par l'OMS et l'ONUSIDA est de lever ces obstacles grâce à une approche holistique visant à augmenter la qualité des services fournis tout en diminuant considérablement le coût des interventions.

Pour diminuer les taux élevés de mortalité observés chez l'adulte et chez l'enfant au cours de la première année du traitement antirétroviral, celui-ci doit être commencé au moment opportun, ce qui pose fréquemment un problème car nombre de personnes ne connaissent pas leur statut par rapport au VIH ou sont victimes de stigmatisation et de discrimination sous-jacentes. Accroître l'accès aux services de conseil et de dépistage du VIH, y compris par des approches à l'initiative du prestataire, doit rester une priorité pour garantir un diagnostic de cette infection en temps opportun.

Seuls des programmes de traitement de haute qualité permettent de conserver un niveau de rétention sous traitement antirétroviral suffisant et une observance appropriée de ce traitement; la qualité des services et des interventions doit donc faire l'objet d'une attention soutenue. Une observance et une rétention insuffisantes sont en fait deux des principales raisons qui expliquent un mauvais résultat chez les personnes recevant un traitement antirétroviral. En plus d'avoir des répercussions directes sur le bien-être des personnes, un faible taux d'observance et de rétention peut accélérer le passage inutile d'un schéma thérapeutique de première intention à un schéma thérapeutique de deuxième intention plus coûteux, à un stade trop précoce et alors que ce dernier est rarement disponible.

Malgré la réduction du prix des antirétroviraux observée au cours des dix dernières années, le coût global des programmes de traitement antirétroviral a continué d'augmenter, car un plus grand nombre de personnes ont commencé ce traitement ou ont dû passer d'un schéma thérapeutique de première intention à un schéma thérapeutique de deuxième intention, dont le prix reste supérieur à ceux des schémas thérapeutiques utilisés en début de traitement. Des efforts supplémentaires doivent donc être entrepris pour réduire leurs prix et accroître leur disponibilité dans les pays à revenu faible ou moyen. Il est important de diminuer les prix des antirétroviraux, mais les gains les plus importants peuvent cependant être obtenus aujourd'hui en diminuant des coûts qui ne sont pas relatifs aux médicaments, comme les dépenses liées aux frais de personnel et d'hospitalisation.

Les schémas thérapeutiques utilisés actuellement permettent de diminuer la morbidité et la mortalité chez les personnes recevant un traitement antirétroviral; mais leur toxicité à long terme peut avoir un effet négatif sur certains des principaux résultats attendus du traitement. De plus, le suivi du traitement nécessite souvent des équipements et des techniciens de laboratoire hautement spécialisés. Une forte accélération de l'accès au traitement demande donc le développement de schémas thérapeutiques plus simples, moins toxiques et moins susceptibles à la survenue de résistance, et la mise au point d'outils de diagnostic et de suivi moins coûteux et simplifiés. L'effet préventif du traitement antirétroviral sera maximisé si on en garantit l'accès à toutes les personnes qui en ont besoin. Les estimations montrent en fait que cette mesure pourrait entraîner une réduction allant jusqu'à un tiers du nombre de nouvelles infections à VIH survenant chaque année. L'optimisation de la couverture du traitement de l'infection à VIH peut aussi permettre d'obtenir d'autres avantages importants en matière de prévention sanitaire, notamment

une diminution considérable du taux de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

La conception et la mise en œuvre de ces approches originales ne sera possible qu'avec un renforcement de la mobilisation des communautés et de leur implication dans la gestion des programmes et la prestation de services. Une plus grande participation des communautés est aussi un élément clé pour améliorer l'accès au traitement et l'observance du traitement. En fait, les approches communautaires qui permettent d'instaurer une relation de confiance, de protéger les droits humains et de proposer des opportunités de socialisation améliorent directement la capacité des personnes à utiliser les services anti-VIH et à accéder au traitement antirétroviral. Ces mesures sont particulièrement importantes pour les personnes les plus marginalisées ou souffrant de discrimination, notamment les migrants, les usagers de drogue par voie intraveineuse, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. 

Encadré 4.16. Réduire la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé au Ghana (72)

Partout dans le monde, la stigmatisation liée à l'infection à VIH a été identifiée comme l'un des principaux obstacles à la prévention de cette infection et à l'extension de son dépistage et de son traitement. La peur de la stigmatisation, aussi appelée « stigmatisation anticipée », concerne plus particulièrement les populations vulnérables, comme les femmes, les groupes les plus touchés et les pauvres, qui sont souvent à risque élevé d'être infectés par le VIH (73,74). Les populations qui ont le plus besoin d'un accès aux services anti-VIH sont malheureusement souvent celles qui craignent le plus la stigmatisation dont elles pourraient être victimes dans les structures de santé (73).

Des travaux de recherche récents ont identifié trois déterminants principaux de la stigmatisation liée à l'infection à VIH, et que l'on retrouve quel que soit le contexte (75): (i) le manque de sensibilisation à la stigmatisation et à la discrimination liées à l'infection à VIH et le manque de connaissances sur le sujet, (ii) la peur de s'infecter par contact quotidien avec une personne infectée par le VIH, et (iii) le lien établi entre les personnes vivant avec le VIH et des comportements jugés incorrects ou immoraux.

Des études ont montré que des interventions destinées à diminuer la stigmatisation dans les structures de santé pouvaient changer l'attitude et le comportement des agents de santé vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH. Il est possible de lutter contre les déterminants de la stigmatisation liée à l'infection à VIH en sensibilisant les personnes aux bénéfices obtenus en la diminuant, en renforçant la motivation pour changer cet état de fait, en s'employant à remédier aux peurs et aux idées fausses concernant la transmission du VIH, en ayant des discussions sur des sujets « tabous » tels que les différences entre les sexes, la violence, la sexualité, la consommation de drogues par injection, et en développant les compétences pour lutter contre la stigmatisation et pour changer les comportements (76,77).

Au milieu de l'année 2006, *Quality Health Partners* (QHP - Partenaires pour une santé de qualité), en partenariat avec le projet *Strengthening HIV/AIDS Response Partnerships* (SHARP - Partenaires pour renforcer la riposte au VIH et au sida), *Ghana Sustainable Change Project* (Projet pour un changement durable au Ghana) et *National AIDS Control Programme* (NACP - Programme national de lutte contre le sida), a lancé officiellement l'initiative *High-impact package of HIV and AIDS interventions* (HIP - Ensemble d'interventions à fort impact concernant l'infection à VIH et le sida) pour venir en complément de l'extension de services anti-VIH globaux. L'objectif de cette initiative était aussi de lutter contre la stigmatisation et de renforcer les liens entre les structures de santé et les communautés.

Concernant la question de la stigmatisation, l'initiative HIP comprend : (1) une formation sur la diminution de la stigmatisation et sur la prévention des infections destinée au personnel de santé clinique et non-clinique (adaptée à chacun des groupes); (2) une formation à la prévention des infections pour les familles et les amis qui prennent en charge les clients; et (3) des plans d'action pour des services orientés en fonction des clients qui utilisent au mieux les personnes fournissant ces services afin de résoudre les problèmes spécifiques posés par la stigmatisation dans les structures de santé (ex. : en améliorant les possibilités de s'isoler, la confidentialité et les interactions entre les clients et les prestataires).

En 2008 et 2009, une évaluation rapide a été menée dans six des 25 hôpitaux appuyés par QHP ayant mis en œuvre l'initiative HIP et auprès de leurs clients; l'objectif était de mesurer la prévalence des attitudes et des pratiques du personnel associées à la stigmatisation et à la discrimination ainsi que l'efficacité de la formation à l'initiative HIP pour les atténuer. Cette étude ne permettait pas une évaluation en profondeur de l'impact, mais un certain nombre de résultats intéressants s'en sont dégagés :

- La majorité des clients et des agents de santé ont signalé une diminution des principaux déterminants de la stigmatisation, notamment une diminution de la peur d'une transmission accidentelle du VIH et des attitudes moralisatrices, bien que les clients craignent toujours que leur statut soit révélé de manière indirecte à des tiers.
- Les clients ont signalé que même si la stigmatisation avait diminué dans les autres services de l'hôpital, elle avait toujours un impact négatif sur la qualité de la prise en charge.
- La « stigmatisation anticipée » liée à l'infection à VIH de la part des agents de santé ne semble pas être un obstacle pour la majorité des groupes identifiés comme étant particulièrement à risque qui utilisaient les services de dépistage, de traitement et de prise en charge.
- Il a été signalé que les interventions de l'initiative HIP rendaient les agents de santé plus ouverts à la prise en charge de personnes séropositives.
- Les agents de santé et les clients ont signalé une diminution des pratiques discriminatoires vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH.

Cette évaluation a permis de faire un certain nombre de recommandations. Premièrement, il faut continuer, en y allouant le budget nécessaire, à assurer et étendre la formation et les activités destinées à diminuer la stigmatisation et la discrimination, en élargir le contenu, et y incorporer des activités de suivi et des cours de remise à niveau pour que les connaissances soient conservées et que les activités continuent à être menées. Cette évaluation a aussi démontré la nécessité de répondre de façon prioritaire aux problèmes que certains groupes à risque élevé d'être infectés par le VIH (notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les professionnel(le)s du sexe et les usagers de drogue par voie intraveineuse) ont identifié comme étant les principaux obstacles à l'utilisation des services de prévention et de prise en charge en matière de santé, par exemple la protection insuffisante de la confidentialité des clients. Elle a aussi attiré l'attention sur l'importance de renforcer les liens entre les activités visant à diminuer la stigmatisation et ciblant les structures de santé et celles ciblant les communautés, par exemple les attitudes des agents de santé sur leur lieu de travail peuvent être influencées négativement par des attitudes et des opinions discriminatoires acquises dans les communautés où ils vivent.

Références

1. OMS. *Recommandations rapides – Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/advice/en/index.html>, consulté en ligne le 29 septembre 2010).
2. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-Infected adults and adolescents*. Department of Health and Human Services. 1er décembre 2009:1-161. (<http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultsandAdolescentGL.pdf>, consulté en ligne le 29 septembre 2010).
3. Anonyme. Southern African Clinicians Society Guidelines: antiretroviral therapy in adults. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 2008, 29:18–31.
4. Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2008/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. 7a Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
5. Kitahata M et al. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV survival. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:1815–1826.
6. Sterne JA et al.; 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.
7. Sax P, Baden L. When to start antiretroviral therapy – ready when you are? *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:1897–1899.
8. *Le Fonds mondial 2010: innovation and impact*. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2010.
9. Latest results [web site]. *Technical note on PEPFAR's reporting methodology*. Ville de Washington, États-Unis d'Amérique, Emergency Plan for AIDS Relief du Président des États-Unis d'Amérique, 2010 (<http://www.pepfar.gov/2009results/>, consulté en ligne le 29 septembre 2010).
10. Press room [website]. Making a difference: funding. Ville de Washington, États-Unis d'Amérique, Emergency Plan for AIDS Relief du Président des États-Unis d'Amérique, 2010 (<http://www.pepfar.gov/press/index.htm>, consulté en ligne le 29 septembre 2010).
11. ONUSIDA. Publications: Reference Group reports [web site]. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections, 2009 (<http://www.epidem.org/publications.htm>, consulté en ligne le 29 septembre 2010).
12. Granich R et al. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet*, 2009, 373: 48–57.
13. 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. And (for 2009 version): www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/EPI_software2009.asp
14. Fox MP, Rosen S. Patient retention in antiretroviral therapy programs up to three years on treatment in sub-Saharan Africa, 2007–2009 : systematic review. *Tropical Medicine & International Health*, 2010, 15(s1):1–15.
15. Tassie JM et al. Trends in retention on antiretroviral therapy in national programs in low-income and middle-income countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 54:437–41.
16. Harries AD et al. Strategies to improve patient retention on antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine & International Health* 2010, 15(s1):70–75.
17. Fairall LR et al. Effectiveness of antiretroviral treatment in a South African program: a cohort study. *Archives of Internal Medicine*, 2008, 168:86–93.
18. Bassett IV et al. Who starts antiretroviral therapy in Durban, South Africa?... not everyone who should. *AIDS*, 2010, 24 (Suppl 1):S37–S44.
19. McGuire M et al. Vital status of pre-ART and ART patients defaulting from care in rural Malawi. *Tropical Medicine & International Health*, 2010, 15(s1):55–62.
20. Amuron B et al. Mortality and loss-to-follow-up during the pre-treatment period in an antiretroviral therapy programme under normal health service conditions in Uganda. *BMC Public Health*, 2009, 9:290.
21. Rajaratnam JK et al. Worldwide mortality in men and women aged 15–59 years from 1970 to 2010: a systematic analysis. *Lancet*, 2010, 375:1704–1720.
22. Egger M, Boule A. Population effect of scaling up ART in resource-poor settings. *Lancet*, 2008, 371:1558–1559.

23. Beck EJ et al. for the National Prospective Monitoring System Steering Group. Decreased morbidity and use of hospital services in English HIV-infected individuals with increased uptake of anti-retroviral therapy 1996-1997. *AIDS*, 1999, 13:2157-2164.
24. 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.
25. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. 5-Year evaluation: study area 3. (<http://www.theglobalfund.org/en/terg/evaluations/5year/> accessed 22 June 2010).
26. Walton DA et al. Integrated HIV prevention and care strengthens primary health care: lessons from rural Haïti. *Journal of Public Health Policy*, 2005, 25:137-158.
27. Sanne I et al. Nurse versus doctor management of HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy (CIPRA-SA): a randomised non-inferiority trial. *Lancet*, 2010, 376:33-40.
28. Herbst AJ et al. Adult mortality and antiretroviral treatment roll-out in rural KwaZulu-Natal, Afrique du Sud. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:754-762.
29. Quinn TC et al. Viral load and heterosexual transmission of HIV 1. Rakai Study Group. *New England Journal of Medicine*, 2000, 342:921-929.
30. Attia S et al. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 2009, 23:1397-1404.
31. Donnell D et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet*, 2010, 375:2092-2098.
32. Wood E et al. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users prospective cohort study. *British Medical Journal*, 2009, 338:b1649.
33. Das-Douglas M et al. Decreases in community viral load are associated with a reduction in new HIV diagnoses in San Francisco. In: *17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), San Francisco, États-Unis d'Amérique, 16-19 février 2010* (Résumé 33; (<http://www.retroconference.org/2010/Abstracts/38232.htm>, consulté en ligne le 29 septembre 2010).
34. Castel A et al. Monitoring the impact of expanded HIV testing in the District of Columbia using population-based HIV/AIDS surveillance data. In: *17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), San Francisco, États-Unis d'Amérique, 16-19 février 2010*, [Résumé N°34] (<http://www.retroconference.org/2010/Abstracts/38192.htm>, consulté en ligne le 29 septembre 2010).
35. Walensky RP et al. Scaling up antiretroviral therapy in Afrique du Sud: the impact of speed on survival. *Journal of Infectious Diseases*, 2008, 197:1324-1332.
36. Velasco-Hernandez JX, Gershengorn HB, Blower SM. Could widespread use of combination antiretroviral therapy eradicate HIV epidemics? *Lancet Infectious Diseases*, 2002, 2:487-493.
37. Montaner JS et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *Lancet*, 2006, 368:531-536.
38. Walensky RP et al. Test and treat DC: modeling the impact of a comprehensive HIV strategy in the US Capitol. *5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 19-22 juillet 2009, Le Cap, Afrique du Sud* [Résumé N°LBPEC04] (<http://www.ias2009.org/pag/Abstracts.aspx?AID=3748>, consulté en ligne le 29 septembre 2010).
39. Charlebois E et al. Effect of expanded ART strategies on the MSM HIV epidemic in San Francisco. In: *17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), San Francisco, États-Unis d'Amérique, 16-19 février 2010* [Résumé N°996] (<http://www.retroconference.org/2010/Abstracts/39042.htm>, consulté en ligne le 29 septembre 2010).
40. De Luca A, Prosperi M, Bracciale L. Resistance considerations in sequencing of antiretroviral therapy in low-middle income countries with currently available options. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 2010, 5:27-37.
41. Hamers RL et al. The status of HIV-1 resistance to antiretroviral drugs in sub-Saharan Africa. *Antiviral Therapy*, 2008, 13:625-639. [Review]. Erratum in: *Antiviral Therapy*, 2008, 13:1129.
42. *Report on the 2008 national HIV sentinel survey*. Windhoek, The Republic of Namibia, Ministry of Health and Social Services, 2008 (<http://www.healthnet.org.na/documents/reports/2008%20National%20HIV%20Sentinel%20Survey%20Report.pdf>, consulté en ligne le 29 septembre 2010).
43. OMS [site Internet]. *Country health profile: Namibia*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/countries/nam/en/>, consulté en ligne le 29 septembre 2010).
44. 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.

45. World Health Organization. *HIV drug resistance: early warning indicators*. April 2010 update. (http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/hiv_dr_early_warning_indicators.pdf, consulté en ligne le 29 septembre 2010).
46. Jordanie MR et al. World Health Organization surveys to monitor HIV drug resistance prevention and associated factors in sentinel antiretroviral treatment sites. *Antiviral Therapy*, 2008, 13 (Suppl. 2):15-23.
47. Bennett DE et al. Recommendations for surveillance of transmitted HIV drug resistance in countries scaling up antiretroviral treatment. *Antiviral Therapy*, 2008 13 (Suppl. 2):25-36.
48. Myatt M, Bennett DE. A novel sequential sampling technique for the surveillance of transmitted HIV drug resistance by cross-sectional survey for use in low resource settings. *Antiviral Therapy*, 2008, 13 (Suppl. 2):37-48.
49. Résolution WHA63.18. Hépatite virale. Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé, 21 mai 2010, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (WHA63/A63_R18), (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R18-en.pdf, consulté en ligne le 29 septembre 2010).
50. WHO. *Global Tuberculosis Control: a short update to the 2009 report*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2010.
51. Getahun H et al. HIV Infection-associated tuberculosis: the epidemiology and the response. *Clinical Infectious Disease*, 2010, 50 (Suppl. 3):S201-S207.
52. Wells CD et al. HIV infection and multidrug-resistant tuberculosis: the perfect storm. *Journal of Infectious Diseases*, 2007, 196 (Suppl. 1):S86-S107.
53. Dubrovina I et al. Drug-resistant tuberculosis and HIV in Ukraine: a threatening convergence of two epidemics? *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2008, 12:756-762.
54. *Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2010.
55. 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.
56. Kawai V et al. Tuberculosis mortality, drug resistance, and infectiousness in patients with and without HIV infection in Peru. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2006, 75:1027-1033.
57. Meaza Demissie. "Situation analysis for the provision of HIV prevention, care and treatment services, including antiretroviral therapy for HIV positive TB patients using TB service points in Ethiopia," Report, November 26, 2009 (mimeo).
58. WHO *global TB control report*. Geneva, Switzerland, WHO, 2011.
59. Miranda A et al. Impact of antiretroviral therapy on the incidence of tuberculosis: the Brazilian experience, 1995-2001. *PLoS One*, 2007, 2:e826.
60. Middelkoop K et al. Can antiretroviral therapy contain a previously escalating TB epidemic in a HIV prevalence community? *5th IAS conference on HIV Pathogenesis, Prevention and Treatment; 2009 Cape Town, South Africa, 2009*.
61. Severe P et al. Early versus standard antiretroviral therapy for HIV-infected adults in Haïti. *New England Journal of Medicine*, 2010, 363:257-265.
62. Golub JE et al. Recurrent tuberculosis in HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS*. 2008, 22:2527-2533.
63. Nahid P et al. Treatment outcomes of patients with HIV and tuberculosis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2007, 175:1199-1206.
64. Granich R et al. Prevention of tuberculosis in persons infected with HIV. *Clinical Infectious Diseases*, 2010, 50 (Suppl. 3):67-S70.
65. Lawn SD, Kranzer K, Wood R. Antiretroviral therapy for control of the HIV-associated tuberculosis epidemic in resource-limited settings. *Clinics in Chest Medicine*, 2009, 30:685-699.
66. Blanc FX et al. Treatment strategies for HIV-infected patients with tuberculosis: ongoing and planned clinical trials. *Journal of Infectious Diseases*, 2007, 196 (Suppl. 1):S46-S51.
67. Abdool Karim SS et al. Timing of initiation of antiretroviral drugs during tuberculosis therapy. *New England Journal of Medicine*, 2010, 362:697-706.
68. Velasco M et al. Effect of simultaneous use of highly active antiretroviral therapy on survival of HIV patients with tuberculosis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 50:148-152.

69. Varma JK et al. HIV care and treatment factors associated with improved survival during TB treatment in Thailand: an observational study. *BMC Infectious Diseases*, 2009, 9:42.
70. Tabarsi P et al. Early initiation of antiretroviral therapy results in decreased morbidity and mortality among patients with TB and HIV. *Journal of the International AIDS Society*, 2009, 12:14.
71. Blanc FX et al. Significant enhancement in survival with early (2 weeks) vs. late (8 weeks) initiation of highly active antiretroviral treatment (HAART) in severely immunosuppressed HIV-infected adults with newly diagnosed tuberculosis. *XVIII International AIDS Conference 2010, Vienna, Autriche*, 18-23 juillet 2010 (abstract THLB106).
72. Quality Health Partners, Engender Health. A rapid appraisal of HIV-related stigma and discrimination reduction interventions in selected health facilities in Ghana (version finale). Janvier 2009 (http://www.ghanaqhp.org/fileadmin/user_upload/QHP/HIV_Stigma_Rapid_Appraisal_Report_09.pdf, consulté en ligne le 29 septembre 2010).
73. Wolfe WR et al. The impact of universal access to antiretroviral therapy on HIV stigma in Botswana. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:1865-1871.
74. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, 2003, 57:15-24.
75. UNAIDS. *Reducing HIV stigma and discrimination: a critical part of national AIDS programmes, a resource for national stakeholders in the HIV response*. Geneva, Switzerland, UNAIDS, 2008.
76. Nyblade L et al. *Disentangling HIV and AIDS stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 2003.
77. Ogden J, Nyblade L. *Common at its core: HIV-related stigma across contexts*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 2005.

5. ÉTENDRE LES SERVICES ANTI-VIH POUR LES FEMMES ET LES ENFANTS

Principales conclusions

- *La proportion de femmes enceintes ayant réalisé un test de dépistage du VIH a légèrement augmenté.* Selon les estimations, 26 % des 125 millions de femmes enceintes des pays à revenu faible ou moyen ont réalisé un test de dépistage du VIH en 2009, contre 21 % en 2008 et 7 % en 2005. En Afrique orientale et australe, la proportion de femmes enceintes ayant réalisé un test de dépistage du VIH a augmenté, passant de 43 % en 2008 à 50 % en 2009.
- Selon les informations disponibles, environ 51 % des femmes enceintes testées séropositives ont bénéficié d'une évaluation afin de déterminer leur admissibilité pour commencer un traitement antirétroviral pour leur propre santé.
- *Selon les estimations, plus de la moitié des 1,4 million de femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission de cette infection à leur nourrisson.* Il est estimé que 53 % [40-79 %] des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH à leur nourrisson, contre 45 % [37-57 %] en 2008 et 15 % [12-18 %] en 2005. Une large proportion d'entre elles a continué à recevoir une dose unique de névirapine, schéma prophylactique de faible efficacité.
- *Le nombre de nourrissons qui ont reçu une prophylaxie antirétrovirale pour les protéger de l'infection maternelle à VIH a augmenté modérément.* La proportion de nourrissons ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et qui les ont reçus est passée de 32 % [26-40 %] en 2008 à 35 % [26-53 %] en 2009.
- *Chez les nourrissons et les enfants exposés au VIH, l'accès précoce à un test de dépistage, à une prise en charge et au traitement est insuffisant.* En 2009, dans les 54 pays ayant transmis des données, un test VIH a été réalisé au cours des deux premiers mois de vie chez seulement 15 % [10-28 %] des nourrissons nés d'une mère séropositive.
- *La proportion d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral et qui le reçoivent a continué à augmenter en 2009.* Le nombre d'enfants de moins de 15 ans recevant un traitement antirétroviral a augmenté, passant de 275 300 en 2008 à 356 400 en 2009. Selon les nouveaux critères pour définir les besoins en traitement, la couverture des enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral était estimée à 28 % [21-43 %] en 2009, contre 22 % [16-34 %] en 2008.

Introduction

En juillet 2010, l'OMS a publié une mise à jour de ses lignes directrices sur l'utilisation des antirétroviraux pour traiter les femmes enceintes vivant avec le VIH et prévenir l'infection à VIH chez leurs nourrissons, sur l'alimentation du nourrisson dans le contexte d'une infection maternelle à VIH, et sur le traitement antirétroviral du nourrisson et de l'enfant (1). Ces nouvelles lignes directrices recommandent que les femmes et les enfants commencent à recevoir des antirétroviraux de façon plus précoce et les reçoivent de façon prolongée ; leur mise en œuvre nécessite le renforcement des capacités et l'utilisation de stratégies afin de pouvoir évaluer les critères d'admissibilité pour le traitement antirétroviral et réaliser un suivi à long terme, y compris un suivi de l'observance de ce traitement. Pour élargir l'accès aux interventions des femmes et enfants en ayant besoin l'intégration des interventions dans les services de santé maternelle et infantile ainsi que dans d'autres services de santé est nécessaire.

Le succès de la mise en œuvre des lignes directrices de l'OMS révisées en 2010 contribuera à améliorer la santé et la survie des femmes vivant avec le VIH et des enfants exposés à cette infection ; au bout du compte, il aidera aussi à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5, et de l'objectif d'éliminer la transmission mère-enfant du VIH d'ici à 2015 (encadré 5.1). Il s'agit d'une occasion unique de mobiliser les ressources

politiques et financières nécessaires pour atteindre une génération sans VIH.

Selon les estimations, le nombre de femmes âgées de 15 ans et plus vivant avec le VIH dans le monde était de 15,7 millions en 2008¹, dont 12 millions résidaient en Afrique subsaharienne (6). Toujours selon les estimations, le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH était de 2,1 millions, dont 430 000 enfants de moins de 15 ans infectés cette année-là. En Afrique subsaharienne, il a été estimé que les femmes représentaient 60 % des cas d'infection à VIH. En 2008, 91 % de l'ensemble des nouvelles infections survenant chez l'enfant se sont produites dans cette région (6).

Plus de 90 % des enfants vivant avec le VIH ont été infectés par le biais de la transmission mère-enfant au cours de la grossesse, au moment de la naissance ou par l'allaitement au sein (7). Les enfants peuvent aussi être infectés par une transfusion de sang contaminé par le VIH, par une injection avec une aiguille contaminée, ou par des relations sexuelles précoces ou des abus sexuels. Pour contrer efficacement la transmission mère-enfant du VIH, il faut utiliser une approche globale qui comprend quatre composantes stratégiques (8) :

¹ Les estimations pour l'année 2009 ne sont pas encore disponibles et seront publiées par l'ONUSIDA dans Global Aids report.

Encadré 5.1. Objectifs internationaux chiffrés pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH

En juin 2001, les Chefs d'État et les Représentants des Gouvernements ont adopté une Déclaration d'engagement à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS). Les pays se sont engagés à réduire de 20 % pour l'année 2005 et de 50 % pour l'année 2010 le nombre de nourrissons infectés par le VIH en assurant que « 80 % des femmes enceintes consultant pour des soins prénatals reçoivent des informations, des conseils et autres moyens de prévention de l'infection à VIH, et en faisant en sorte que les femmes et les nourrissons infectés à VIH aient accès à un traitement efficace, afin de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ainsi que par des interventions efficaces en faveur des femmes infectées à VIH, notamment par des services volontaires et confidentiels de conseils et de dépistage, et par l'accès aux traitements, en particulier à la thérapie antirétrovirale et, le cas échéant, à des produits de remplacement du lait maternel, tout en veillant à la continuité des soins ». (2).

En juin 2006, une Déclaration politique sur l'infection à VIH et le sida a été adoptée lors de la Réunion de haut niveau sur le sida de l'Assemblée générale des Nations Unies ; elle réaffirmerait l'engagement pris par tous les États Membres de mettre en œuvre l'ensemble des points de la Déclaration UNGASS de 2001 ainsi que les OMD, et d'œuvrer en faveur d'un accès universel à la prévention de l'infection à VIH et au traitement, ainsi qu'à la prise en charge et au soutien des malades atteints par cette infection (3).

En 2007, l'Inter-Agency Task Team (IATT - Équipe spéciale interorganisations) sur la prévention de l'infection à VIH chez la femme enceinte, la mère et l'enfant, a publié le document *Guidance on global scale-up of prevention of mother-to-child transmission of HIV* (Orientations sur l'élargissement de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH) recommandant un objectif chiffré de couverture d'au moins 80 % pour les interventions clés au niveau national (4).

Depuis lors, la réduction de la transmission mère-enfant du VIH est devenue une priorité pour plusieurs agences multilatérales et bilatérales qui ont lancé un appel pour obtenir son élimination d'ici à 2015. En 2009, l'OMS a publié le document *PMCT strategic vision 2010-2015* (Vision stratégique 2010-2015 pour la PTME) pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et améliorer la santé et la survie maternelle, néonatale et infantile dans le contexte de l'infection à VIH, afin d'atteindre les objectifs chiffrés de l'UNGASS et les OMD (5). Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est en train d'examiner et de reprogrammer les subventions existantes pour aider à augmenter la couverture et la qualité des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Le Secrétariat de l'ONUSIDA et ses organismes coparrainants ont élaboré une proposition structurée en vue d'obtenir l'élimination virtuelle de la transmission mère-enfant du VIH (qui est définie par une transmission du VIH de la mère à l'enfant inférieure à 5 % au niveau de la population ou une réduction de 90 % des infections chez les jeunes enfants d'ici à 2015, par rapport au taux de référence observé en 2009). Pour impulser les actions et faciliter le suivi des avancées obtenues, il a été proposé de viser à obtenir les trois résultats suivants d'ici à 2011 et dans 10 des 22 pays présentant le plus grand nombre de femmes enceintes séropositives :

1. Garantir une couverture d'au moins 80 % de l'utilisation d'antirétroviraux efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant.
2. Garantir une couverture d'au moins 50 % de l'utilisation d'antirétroviraux chez les femmes enceintes séropositives admissibles pour recevoir ce traitement pour leur propre santé.
3. Réduire de 50 % les besoins actuels non satisfaits en matière de planification familiale chez toutes les femmes.

À la fin de l'année 2010, l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF organiseront une réunion avec des représentants des pays et les partenaires internationaux afin de définir avec plus de précision les objectifs chiffrés de l'« élimination », d'étudier la manière dont ces objectifs peuvent être mesurés et le soutien à apporter pour qu'ils soient atteints.

- prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer ;
- prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH ;
- prévention de la transmission du VIH des femmes vivant avec cette infection à leur enfant ; et
- fourniture d'un traitement, d'une prise en charge et d'un soutien appropriés aux mères vivant avec le VIH, à leurs enfants et à leur famille.

Cette approche permet de fournir aux femmes, aux enfants et à leur famille des interventions et une prise en charge ininterrompues qui commencent au cours de la grossesse, continuent pendant le travail, l'accouchement et la période post-partum, et se poursuivent une fois que l'enfant est né, par le biais des services de routine ou des services spécialisés de prise en charge à long terme destinés aux mères, aux enfants et aux familles. Lors de l'extension de leurs programmes nationaux, les pays doivent s'assurer que les femmes et les enfants qui en ont besoin bénéficient de chacune des quatre composantes de l'approche globale.

Ce chapitre porte essentiellement sur la composante 3 (prévention de la transmission du VIH des femmes vivant avec cette infection à leur enfant) et la composante 4 (fourniture d'un traitement, d'une prise en charge et d'un soutien appropriés aux mères vivant avec le VIH, à leurs enfants et à leur famille) ; les nouvelles données transmises par les pays permettant une analyse des progrès réalisés entre 2008 et 2009. Les autres composantes programmatiques sont elles aussi essentielles, mais il est difficile d'en faire un rapport systématique : comparer la composante 1 entre différents pays nécessite des enquêtes auprès des ménages, enquêtes qui ne sont renouvelées qu'après un certain nombre d'années ; les données sur la composante 2 demeurent à ce jour très limitées. Il est donc important d'insister sur les efforts à accomplir pour améliorer le recueil des données dans ces domaines.

Globalement, 91 % des 1,4 million de femmes enceintes ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission verticale vivent dans 25 pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (tableau 5.1). Ces pays comptent aussi 91 % des enfants de moins de 15 ans ayant besoin d'un traitement antirétroviral.

Encadré 5.2. Suivi des avancées obtenues dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et l'amélioration de la qualité des données

Pour différentes raisons, il est difficile de faire un suivi au niveau national des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH : (i) ces programmes comprennent une série d'interventions en cascade ; (ii) ces interventions sont souvent fournies dans différents points de prestation de services (elles peuvent par exemple être fournies dans les structures de soins prévues pour la prise en charge prénatale, les services pour le travail et l'accouchement, les services de santé de l'enfant, ou les services de prise en charge et de traitement de l'infection à VIH) ; et (iii) le suivi de la mère et de l'enfant est souvent insuffisant, et l'enregistrement des informations concernant les interventions et les résultats obtenus ne sont pas liés, et l'on ne dispose donc pas de données sur le suivi longitudinal de la grossesse, notamment sur les résultats de transmission et de survie en fin de chaîne.

Dans certains pays, un nombre considérable de femmes accouchent à la maison et de nombreux services sont également fournis par le secteur privé. Il n'existe pas toujours de mécanismes pour recueillir et transmettre les données à partir de ce type de sources. De plus, les informations concernant l'intervention essentielle, à savoir la fourniture d'antirétroviraux à la femme enceinte vivant avec le VIH et au nourrisson exposé pour réduire le risque de transmission à ce dernier, sont enregistrées au niveau de l'établissement de soins et concernent la dispensation du médicament, sans que ne soit spécifiée la prise effective de ces médicaments. Cela peut introduire un biais dans l'estimation de l'effet de l'intervention sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Les pays qui préparent des statistiques nationales sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH se heurtent souvent au problème du double comptage entre différents points de prestation de services. Ce problème peut par exemple survenir au moment de l'agrégation des données quand une même femme enceinte reçoit des antirétroviraux dans le service de consultation prénatale, à la maternité au cours du travail et de l'accouchement, et dans les sites de prise en charge de l'infection à VIH. De plus, les registres des patients sont parfois incomplets ; ce manque de fiabilité des systèmes de traitement des données peut être source d'inexactitudes lors de l'agrégation et l'enregistrement des données et lors de la préparation des rapports, au niveau de l'établissement de santé jusqu'au niveau infranational ou national. Des pays n'ont pas pu transmettre de données sur certaines interventions, telles que le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour leur propre santé, car ils n'ont pas encore établi de système pour enregistrer cette information. Dans d'autres pays, l'infection à VIH chez la femme enceinte et chez l'enfant est un événement rare, qui n'est pas correctement enregistré par leur système national de surveillance. Ces problèmes sont connus des pays, et ceux-ci prennent des mesures pour améliorer les systèmes de suivi de programme et font les ajustements nécessaires aux données utilisées pour préparer ce rapport. Ce chapitre essaie de donner un récapitulatif des données disponibles.

L'OMS, l'UNICEF et le groupe de travail sur le suivi et l'évaluation de l'IATT sur la prévention de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons, ont élaboré un guide complet pour le suivi et l'évaluation des interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Ce guide s'intitule *Monitoring and evaluating the prevention of mother-to-child transmission of HIV: a guide for national programmes* (9) (Suivi et évaluation de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH : un guide pour les programmes nationaux) ; il traite de la mise en place de systèmes nationaux de suivi et d'évaluation, y compris des problèmes du double comptage, et recommande des indicateurs nationaux fondamentaux en accord avec les lignes directrices de l'OMS les plus récentes sur l'utilisation des antirétroviraux chez la femme et chez le nourrisson pour la prévention de la transmission mère-enfant, et sur le traitement antirétroviral pédiatrique ; ces nouvelles lignes directrices sont décrites respectivement dans les encadrés 5.3 et 5.6.

Tableau 5.1. Les 25 pays à revenu faible ou moyen comptant, selon les estimations, le plus grand nombre de femmes enceintes qui vivent avec le VIH et ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, et le nombre correspondant d'enfants qui ont besoin d'un traitement antirétroviral, en 2009

Classement	Pays	Estimation du nombre de femmes enceintes ayant besoin d'antirétroviraux en 2009 [fourchette]	% du nombre total vivant dans les pays à revenu faible ou moyen ^a	Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral en 2009 [fourchette]	% du nombre total vivant dans les pays à revenu faible ou moyen ^a
1	Afrique du Sud	210 000 [120 000-290 000]	15,6	160 000 [92 000-210 000]	12,5
2	Nigéria	210 000 [110 000-300 000]	15,0	180 000 [94 000-270 000]	14,5
3	Mozambique	97 000 [53 000-130 000]	7,1	66 000 [36 000-93 000]	5,2
4	Ouganda	88 000 [48 000-130 000]	6,4	76 000 [41 000-110 000]	6,0
5	République-Unie de Tanzanie	84 000 [45 000-120 000]	6,1	75 000 [38 000-110 000]	5,9
6	Kenya	81 000 [41 000-120 000]	5,9	89 000 [48 000-130 000]	7,0
7	Zambie	68 000 [37 000-94 000]	5,0	59 000 [32 000-82 000]	4,7
8	Malawi	57 000 [31 000-83 000]	4,2	61 000 [34 000-84 000]	4,8
9	Zimbabwe	50 000 [28 000-69 000]	3,6	71 000 [43 000-95 000]	5,6
10	Inde	43 000 [23 000-65 000]	3,1	^b [30 000-76 000]	4,1
11	République démocratique du Congo	^b [20 000-54 000]	2,6	^b [17 000-46 000]	2,4
12	Cameroun	34 000 [18 000-50 000]	2,5	28 000 [15 000-41 000]	2,2
13	Éthiopie	^b [17 000-51 000]	2,4	^b [27 000-74 000]	3,9
14	Côte d'Ivoire	20 000 [10 000-31 000]	1,5	29 000 [14 000-42 000]	2,3
15	Tchad	16 000 [8 300-29 000]	1,2	12 000 [6 600-19 000]	1,0
16	Angola	16 000 [8 400-25 000]	1,2	12 000 [6 300-18 000]	0,9
17	Burundi	15 000 [8 400-21 000]	1,1	14 000 [8 500-20 000]	1,1
18	Soudan	14 000 [7 300-22 000]	1,0	8 700 [4 400-13 000]	0,7
19	Lesotho	14 000 [8 400-18 000]	1,0	13 000 [7 800-18 000]	1,1
20	Ghana	13 000 [6 900-20 000]	1,0	13 000 [6 700-20 000]	1,0
21	Botswana	13 000 [6 900-17 000]	0,9	9 400 [8 200-11 000]	0,7
22	Rwanda	11 000 [5 400-16 000]	0,8	11 000 [7 000-17 000]	0,9
23	Swaziland	9 300 [5 700-12 000]	0,7	6 800 [4 400-9 000]	0,5
24	Namibie	7 700 [4 100-11 000]	0,6	9 200 [7 300-13 000]	0,7
25	Burkina Faso	6 500 [3 500-11 000]	0,5	8 000 [3 900-12 000]	0,6

a Les calculs ont été faits à partir d'une estimation du nombre non arrondi de femmes enceintes ayant besoin d'un traitement antirétroviral et du nombre non arrondi d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral.

b Aucune estimation n'a été fournie, car l'estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et ayant besoin d'un traitement antirétroviral et/ou l'estimation du nombre d'enfants vivant avec le VIH et ayant besoin d'un traitement antirétroviral sont en train d'être examinées et seront ajustées, si besoin est, en fonction des données en cours de collecte ou d'analyse.

5.1. Prévention de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant

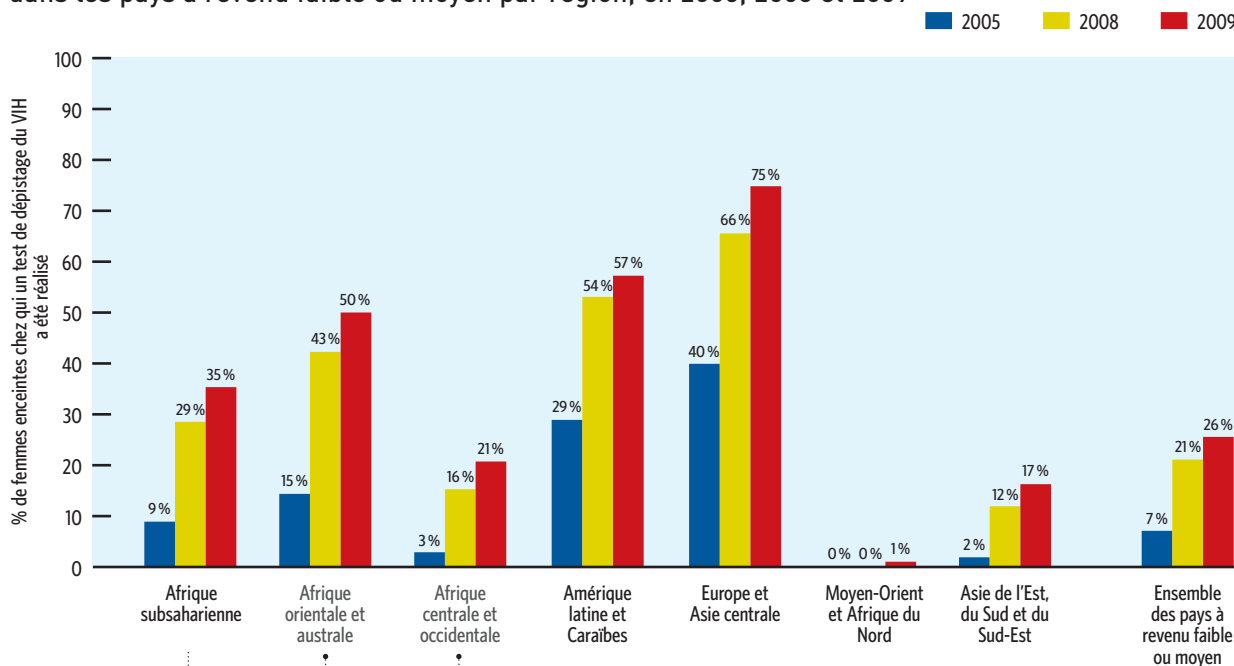
5.1.1. Conseil et dépistage du VIH chez la femme enceinte

Il est essentiel d'étendre le conseil et le dépistage du VIH chez les femmes enceintes afin de permettre l'identification de celles qui ont besoin de soins de suivi et d'augmenter la couverture des interventions mises en œuvre pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH. Selon les estimations, un test VIH a été réalisé chez 26 % des 125 millions de femmes enceintes des pays à revenu faible ou moyen en 2009, contre 21 % en 2008 et 7 % en 2005.

Comme les années précédentes, la proportion de femmes ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH en 2009 varie grandement d'une région à l'autre. Pour les femmes enceintes, les meilleurs taux de couverture du conseil et du dépistage du VIH ont été retrouvés en Europe et en Asie centrale (75 %), en Amérique latine et aux Caraïbes (57 %) et en Afrique subsaharienne (35 %).

Selon les estimations, 55 % des 125 millions de femmes enceintes en 2009 se trouvaient en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est où la couverture du conseil et du dépistage du VIH était beaucoup plus basse (17 %). Cette couverture était pratiquement nulle au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

Figure 5.1. Pourcentage de femmes enceintes chez qui un test de dépistage du VIH a été réalisé dans les pays à revenu faible ou moyen par région, en 2005, 2008 et 2009



Des progrès réguliers ont été accomplis en Afrique subsaharienne en 2009. En Afrique orientale et australe, région où la prévalence de l'infection à VIH est la plus élevée, la couverture du conseil et du dépistage du VIH a augmenté et atteint plus de 50 %, contre 43 % en 2008. En Afrique centrale et occidentale, la couverture a augmenté de 16 % à 21 % entre 2008 et 2009.

La couverture du conseil et du dépistage du VIH était également très différente dans les 25 pays où les femmes enceintes sont le plus sévèrement touchées par l'épidémie de VIH (tableau 5.2). Un test de dépistage du VIH a été réalisé chez moins d'une femme enceinte sur trois dans sept de ces pays : Angola (26 %), Éthiopie (16 %), Inde (21 %), Nigéria (13 %), République démocratique du Congo (9 %), Tchad (6 %) et Soudan (3 %). Dans ces pays, des investissements beaucoup plus importants doivent être réalisés pour augmenter la couverture du conseil et du dépistage du VIH chez les femmes enceintes, prévenir de façon efficace la transmission mère-enfant du VIH, faire bénéficier d'une prise en charge appropriée les femmes vivant avec le VIH et d'un traitement adéquat celles qui y sont admissibles. Quatre pays ont indiqué fournir un conseil et un dépistage du VIH à plus de 80 % des femmes enceintes : Afrique du Sud (> 95 %), Botswana (93 %), Namibie (88 %) et Zambie (> 95 %).

Dans certaines situations, le nombre de femmes enceintes chez qui est réalisé au moins un test de dépistage du VIH au cours de la grossesse a augmenté ; en situation d'épidémie généralisée, il faut cependant faire davantage pour qu'un nouveau test de dépistage soit réalisé à un stade avancé de la grossesse afin d'identifier les femmes séronégatives

Tableau 5.2. Couverture du conseil et du dépistage du VIH chez les femmes enceintes dans les 25 pays les plus touchés et classés en fonction de l'estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, en 2009^a

Classement	Pays	2009
1	Afrique du Sud	>95 %
2	Nigéria	13 %
3	Mozambique	77 %
4	Ouganda	64 %
5	République-Unie de Tanzanie	66 %
6	Kenya	63 %
7	Zambie	>95 %
8	Malawi	52 %
9	Zimbabwe	46 %
10	Inde	21 %
11	République démocratique du Congo	9 %
12	Cameroun	41 %
13	Éthiopie	16 %
14	Côte d'Ivoire	47 %
15	Tchad	6 %
16	Angola	26 %
17	Burundi	40 %
18	Soudan	3 %
19	Lesotho	50 %
20	Ghana	51 %
21	Botswana	93 %
22	Rwanda	71 %
23	Swaziland	73 %
24	Namibie	88 %
25	Burkina Faso	42 %

^a Pays comptant, selon les estimations, le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et nécessitant des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH.

chez qui aurait pu survenir une séroconversion, et aussi pour le dépistage du partenaire.

En situation d'épidémie généralisée, un dépistage doit être réalisé chez toute femme enceinte le plus tôt possible au cours de chaque grossesse, et l'agent de santé doit recommander le dépistage comme faisant partie de la prise en charge prénatale systématique (conseil et dépistage à l'initiative du prestataire). Une incidence élevée de l'infection à VIH au cours de la grossesse a été retrouvée dans ce type d'épidémie (séroconversion pendant la grossesse). Un nouveau test doit donc être réalisé au cours du troisième trimestre chez les femmes séronégatives lors du premier test de dépistage effectué au cours du premier ou du deuxième trimestre de grossesse. Si une femme ne revient pas faire un nouveau test de dépistage au cours du troisième trimestre de grossesse, il faut lui recommander de faire un test au cours du travail, ou, si ce n'est pas possible, immédiatement après l'accouchement (10).

Un certain nombre de pays connaissant une épidémie concentrée ou peu étendue, et qui sont en train d'étendre leur programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, utilisent le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire et refont un nouveau test à toutes les femmes enceintes au cours de la grossesse. Dans ce type d'épidémie, la décision d'inclure le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire dans la prise en charge prénatale et pendant l'accouchement (au niveau national ou régional) doit être prise après évaluation des ressources locales disponibles et en fonction du contexte épidémiologique et social.

Même si la couverture du dépistage dépasse 50 % dans la moitié environ des 25 pays comptant le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, elle reste globalement en dessous de 30 % pour le monde entier. Ceci est dû en partie au fait que le dépistage du VIH n'est pas réalisé chez toutes les femmes enceintes dans plusieurs grands pays, y compris des pays avec une épidémie peu étendue ou concentrée. Par exemple, la majorité des pays de la Région d'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est connaissent des épidémies à faible prévalence ou concentrée, où les cas d'infection à VIH sont retrouvés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les usagers de drogue par voie intraveineuse, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients. Dans ce type de situation, il n'est pas forcément nécessaire que le dépistage du VIH cible les femmes enceintes. De nombreux pays d'Asie ont également choisi de concentrer leurs activités sur certaines villes, certaines régions ou certains districts.

Des travaux de recherche ont également montré les avantages du dépistage du VIH chez les couples hétérosexuels; ils ont retrouvé dans les consultations prénatales que plus de 50 % des femmes avaient un statut par rapport au VIH différent de celui de leur partenaire (11). Ceci n'est que l'un des avantages du dépistage effectué ensemble chez les deux partenaires d'un couple, manière de procéder qui facilite aussi le partage mutuel de leur statut, et peut augmenter l'utilisation et

l'observance des interventions à base d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant (12), faciliter les liens avec les services de prise en charge, et accroître les avantages du dépistage en matière de prévention.

5.1.2. Antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH

En 2009, 53 % [40-79 %] des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou moyen (soit 727 600 sur 1,4 million) ont reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH à leur nourrisson, y compris un traitement antirétroviral pour leur propre santé. Cela représente une augmentation de la couverture des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant, qui était de 45 % [37-57 %] en 2008 et de 15 % [12-18 %] en 2005 (figure 5.2).

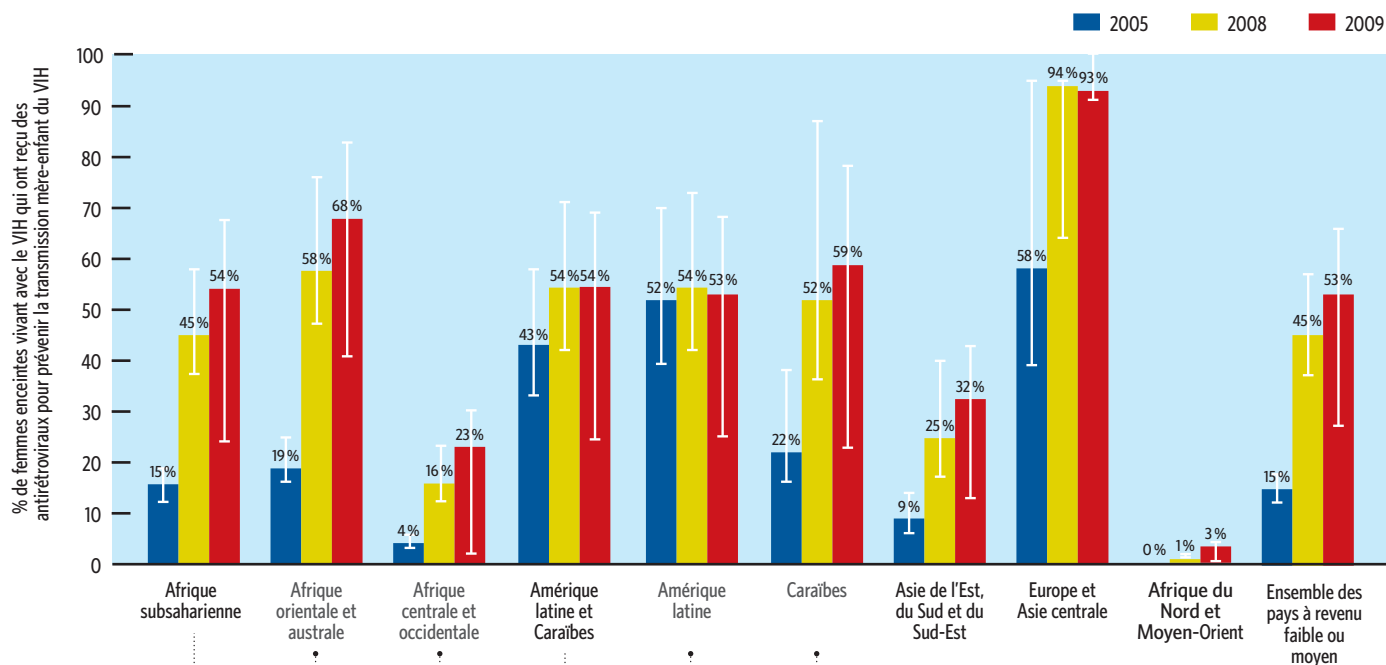
La couverture la plus élevée a été retrouvée en Europe orientale et en Asie centrale, où presque toutes les femmes enceintes qui en avaient besoin ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant (tableau 5.3). La couverture était faible en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est et en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, même si des progrès ont été accomplis dans ces deux régions, avec une augmentation des taux de couverture entre 2008 et 2009, passant respectivement de 25 % [17-40 %] à 32 % [22-52 %], et de 1 % [1-2 %] à 3 % [2-6 %] (figure 5.2).

En Afrique subsaharienne, la couverture de la fourniture d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant a atteint 54 % [40-84 %] en 2009, contre 45 % [37-58 %] en 2008. On retrouvait cependant des différences considérables entre les sous-régions: alors que 68 % [53->95 %] des femmes enceintes qui en avaient besoin ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant en Afrique orientale et australe, elles n'étaient que 23 % [16-44 %] à en avoir reçu en Afrique occidentale et centrale.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, la couverture de la fourniture d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant est restée stable à 54 % [39-83 %] en 2009, similaire à l'estimation de 54 % [42-71 %] en 2008. La couverture varie aussi considérablement au sein de la région: dans certains pays, les taux sont proches de 80 %, voire plus, et ne devraient plus beaucoup augmenter; dans d'autres, la couverture de la fourniture d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant était plus faible et stagnante. Avec un soutien politique croissant en faveur d'une prévention de la transmission mère-enfant, un effort important a été entrepris en vue de l'élimination virtuelle de la transmission mère-enfant dans la région d'ici à 2015. Des plans spécifiques et jalonnés d'échéances précises pour atteindre à la fois cet objectif et l'élimination de la syphilis congénitale sont en cours d'élaboration ou en cours d'étude dans différents pays.

Les 25 pays où vivaient, selon les estimations, le plus grand nombre de femmes ayant besoin d'antirétroviraux

Figure 5.2. 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 moyen par région, en 2005, 2008 et 2009



I Les barres indiquent la fourchette d'incertitude encadrant l'estimation.

Encadré 5.3. Lignes directrices de l'OMS de 2010 sur l'utilisation des antirétroviraux pour traiter l'infection à VIH chez les femmes enceintes et prévenir l'infection à VIH chez les nourrissons (1)

Les lignes directrices de l'OMS révisées en 2010 sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH sont fondées sur deux approches essentielles : (i) un traitement antirétroviral à vie chez les femmes enceintes qui ont besoin de ce traitement pour leur propre santé, traitement qui est aussi sans danger et très efficace pour réduire la transmission mère-enfant ; et (ii) de nouvelles options de prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission mère-enfant pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement au sein chez les femmes qui ne nécessitent pas de traitement. Un changement majeur est que cette prophylaxie est maintenant recommandée pendant l'allaitement au sein, dans les contextes où l'allaitement au sein est considéré comme l'option d'alimentation du nourrisson la plus sûre (voir l'encadré 5.4).

Une évaluation immunologique (numération des CD4) et clinique doit être réalisée chez les femmes enceintes séropositives pour déterminer leur admissibilité au traitement antirétroviral. Comme pour tout adulte infecté par le VIH, il est maintenant recommandé de commencer un traitement antirétroviral chez toute femme enceinte infectée par le VIH dont le nombre de CD4 est inférieur ou égal à 350 cellules/mm³, quel que soit le stade clinique de l'OMS, et chez toute femme enceinte de stade clinique de l'OMS 3 ou 4, quel que soit le nombre de CD4. Un traitement précoce, commençant pendant la grossesse, contribuera à améliorer la santé de la mère et permettra de prévenir au mieux la transmission durant la période périnatale et l'allaitement.

Pour les femmes enceintes vivant avec le VIH qui n'ont pas besoin d'un traitement antirétroviral pour leur propre santé, l'OMS recommande deux options tout aussi efficaces pour réduire la transmission pendant la période périnatale et l'allaitement. Les deux options présentent différents avantages et inconvénients ; la décision quant à l'option à privilégier doit être prise au niveau national, après avoir examiné les capacités locales ainsi que les questions de faisabilité et de mise en œuvre. Chacune des deux options de prophylaxie comprend un schéma prophylactique chez la mère commençant dès la 14^{ème} semaine de grossesse, et continué pendant les périodes prénatale et per-partum. Après l'accouchement, la mère et le nourrisson doivent continuer à recevoir des antirétroviraux pour une durée variable, selon que le pays choisit l'option A ou B, et que la mère allaite ou non au sein.

Pour l'option A, la mère reçoit de la zidovudine à partir de la 14^{ème} semaine de grossesse et pendant la période prénatale. Pendant le travail, la mère reçoit aussi une dose unique de névirapine et de la lamivudine ; la zidovudine et la lamivudine sont continuées pendant 7 jours après l'accouchement, pour servir de « couverture » afin de diminuer le risque de résistance à la névirapine. S'il est allaité au sein, le nourrisson recevra de la névirapine sous forme de sirop à partir de la naissance jusqu'à une semaine après l'arrêt de toute exposition au lait maternel. En cas d'alimentation de substitution, il recevra soit de la névirapine, soit de la zidovudine, de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines.

Pour l'option B, la mère reçoit un schéma prophylactique associant trois antirétroviraux pendant la grossesse, le travail et après l'accouchement jusqu'à une semaine après l'arrêt de toute exposition au lait maternel. Les nourrissons nés de mères suivant l'option B doivent recevoir soit de la névirapine, soit de la zidovudine, de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines, quel que soit leur mode d'alimentation. Dans le cadre de l'option B, l'OMS recommande de choisir parmi quatre schémas prophylactiques associant trois antirétroviraux, choix qui doit être fait au niveau des pays.

Ces recommandations révisées insistent sur la nécessité d'avoir une approche unifiée de la prévention de la transmission mère-enfant pendant la grossesse, l'accouchement, et la période post-partum et d'allaitement au sein, quand l'allaitement au sein est choisi comme l'option la plus sûre d'alimentation du nourrisson. Pour assurer le succès de la mise en œuvre de ces nouvelles recommandations, il faudra intégrer les activités dans les programmes de prise en charge de l'infection à VIH et de traitement antirétroviral et assurer la coordination entre ces différentes activités ; intégrer les interventions de prévention de la transmission mère-enfant pour qu'elles deviennent une composante essentielle des soins de santé maternelle et infantile ; et renforcer le suivi post-partum des mères et des nourrissons. À l'heure actuelle, l'un des principaux obstacles à la mise en œuvre de cette stratégie est l'incapacité à identifier correctement les femmes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral à vie (accès insuffisant à la numération des CD4).

Tableau 5.3. Estimation du nombre de femmes vivant avec le VIH qui ont besoin d'antirétroviraux et qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenu faible ou moyen, en 2009^a

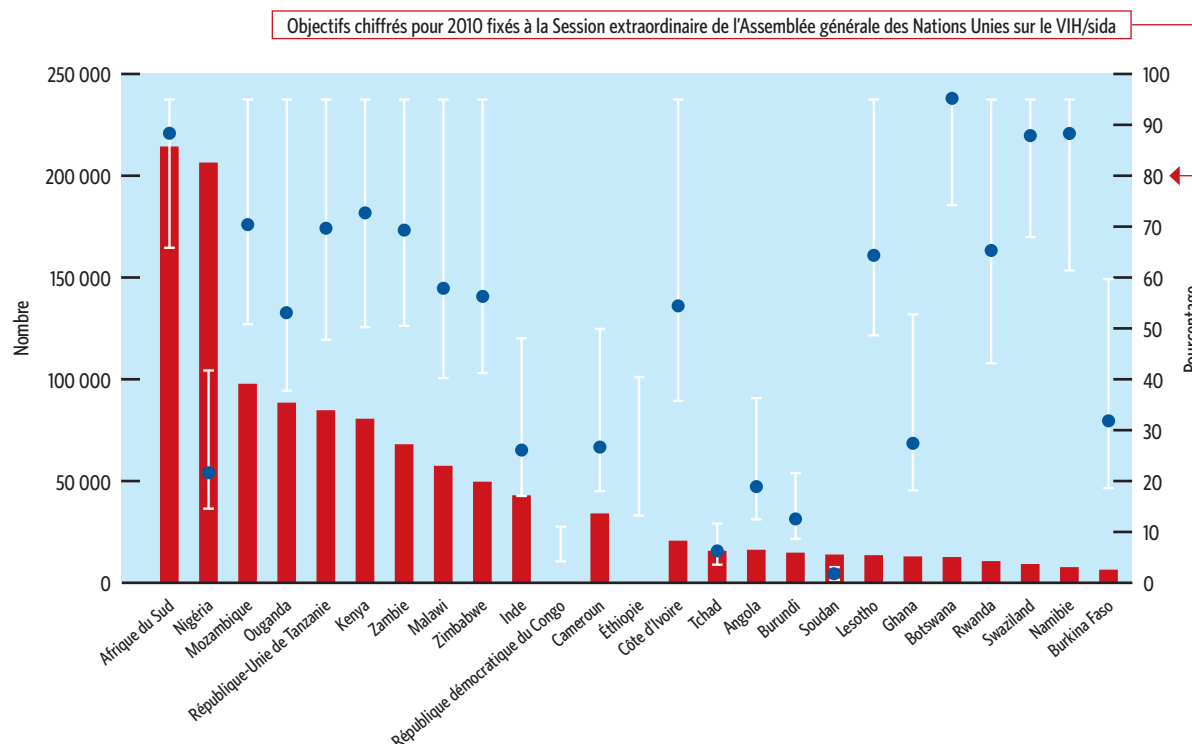
Région géographique	Nombre de femmes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH	Estimation du nombre de femmes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH	Estimation de la couverture ^b
Afrique du Nord et Moyen-Orient	500	15 700 [8 300-24 000]	3 % [2-6 %]
Afrique subsaharienne	672 800	1 240 000 [800 000-1 700 000]	54 % [40-84 %]
Afrique orientale et australe	584 700	860 000 [600 000-1 100 000]	68 % [53->95 %]
Afrique centrale et occidentale	88 100	380 000 [200 000- 560 000]	23 % [16-44 %]
Amérique latine et Caraïbes	16 200	29 900 [19 000-41 000]	54 % [39-83 %]
Amérique latine	11 800	22 400 [15 000-32 000]	53 % [37-81 %]
Caraïbes	4 400	7 400 [3 900-11 000]	59 % [39->95 %]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	23 800	73 800 [46 000-110 000]	32 % [22-52 %]
Europe et Asie centrale	14 300	15 300 [7 900-23 000]	93 % [63->95 %]
Tous les pays à revenu faible ou moyen	727 600	1 380 000 [920 000-1 800 000]	53 % [40-79 %]

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

a Les données pour chaque pays sont présentées dans l'annexe 5.

b L'estimation de la couverture est basée sur l'estimation non arrondie du nombre de femmes enceintes qui ont reçu des antirétroviraux et sur l'estimation non arrondie du nombre de femmes enceintes ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant.

Figure 5.3. Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH dans les 25 pays où la charge de morbidité liée à l'infection à VIH est la plus élevée chez la femme enceinte (pays classés par ordre décroissant) en 2009

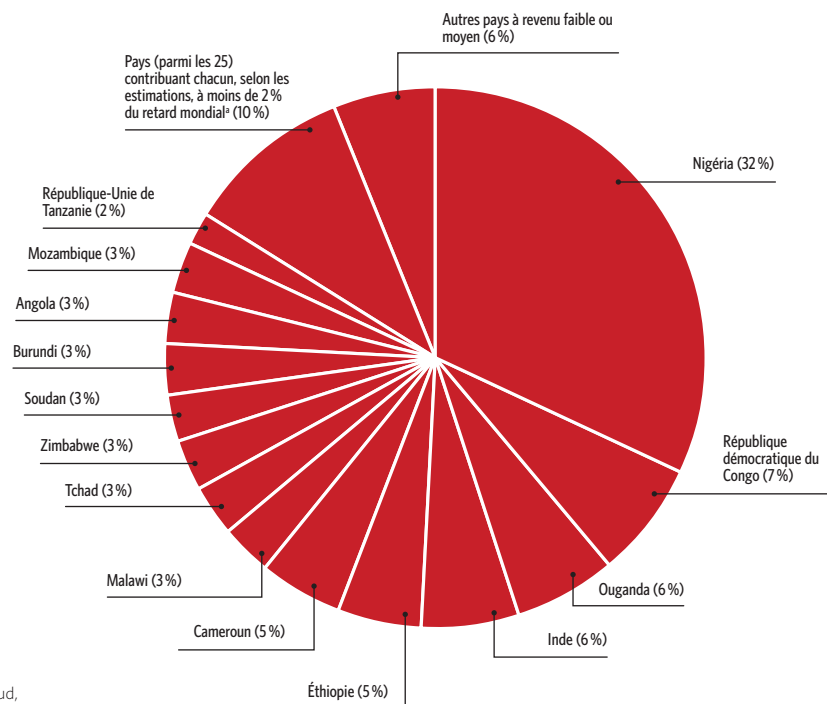


I Les barres indiquent la fourchette d'incertitude encadrant l'estimation.

On ne dispose pas d'estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour l'Éthiopie et la République démocratique du Congo. Ces estimations sont actuellement en cours d'étude et seront ajustées, en fonction des besoins, selon les données en cours de collecte et d'analyse.

■ Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH
● % de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH

Figure 5.4. Contribution des 25 pays comptant le plus grand nombre de femmes enceintes ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH à l'écart pour atteindre une couverture mondiale de 80% des femme enceintes en besoin, en 2009



a Ces pays sont : l'Afrique du Sud, le Botswana, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Kenya, le Lesotho, la Namibie, le Rwanda, le Swaziland et la Zambie.

pour réduire la transmission mère-enfant du VIH en 2009, et l'estimation de la couverture de la fourniture d'antirétroviraux utilisés dans cet objectif, sont présentés dans la figure 5.3.

Dans 11 de ces 25 pays, moins de 50 % des femmes enceintes qui en avaient besoin ont reçu l'une des interventions utilisant des antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cependant, quatre pays – Afrique du Sud (pays comptant le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH), Botswana, Namibie et Swaziland – ont déjà atteint l'objectif chiffré fixé à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS) à savoir fournir à 80 % des femmes enceintes vivant avec le VIH des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH. Par ailleurs, 11 autres pays à revenu faible ou moyen (Argentine, Bélarus, Brésil, Équateur, Fédération de Russie, Guyane, Jamaïque, Malaisie, Roumanie, Thaïlande et Ukraine) ont également atteint l'objectif de couverture de 80 % des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant (les données pour chaque pays sont présentées dans l'annexe 5).

Les 25 pays comptant les besoins les plus élevés en la matière représentaient collectivement 94 % du retard pris

dans le monde pour réaliser l'objectif chiffré par l'UNGASS, à savoir une couverture de l'utilisation des antirétroviraux pour 80 % des femmes en ayant besoin afin de réduire la transmission mère-enfant. Cet écart mondial se calcule en faisant la différence entre le nombre de femmes enceintes qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant et qui y ont actuellement accès et l'estimation du nombre à atteindre pour remplir l'objectif chiffré fixé par l'UNGASS. La figure 5.4 montre la répartition en pourcentage de la contribution de chaque pays pour rattraper cet écart mondial. La moitié de cet écart (50 %) est le fait de quatre pays – Nigeria, Éthiopie, Inde et République démocratique du Congo –, le Nigeria y contribuant à lui seul pour près d'un tiers (32 %).

Évaluation de l'admissibilité des femmes enceintes vivant avec le VIH à recevoir un traitement antirétroviral pour leur propre santé

Après avoir dépisté une femme enceinte vivant avec le VIH, il faut évaluer le stade clinique de sa maladie et, quand le test est disponible, son nombre de CD4, afin de déterminer si elle est admissible à recevoir un traitement antirétroviral pour sa propre santé ou si elle ne doit recevoir qu'une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission mère-enfant (encadré 5.3). Selon les estimations, 51 % des

femmes enceintes chez qui un test de dépistage a montré qu'elles étaient séropositives pour le VIH ont bénéficié en 2009 d'une évaluation de leurs critères d'admissibilité pour recevoir un traitement antirétroviral (par détermination du stade clinique ou numération des CD4), contre 34 % en 2008. Dans 37 % des cas, cette évaluation s'est faite par une numération des CD4, contre 24 % des cas en 2008. Dans les 49 pays ayant transmis des données à la fois pour 2008 et 2009, la proportion de femmes enceintes identifiées comme admissibles pour commencer un traitement antirétroviral en fonction de leur nombre de CD4 a augmenté, passant de 14 % à 31 %.

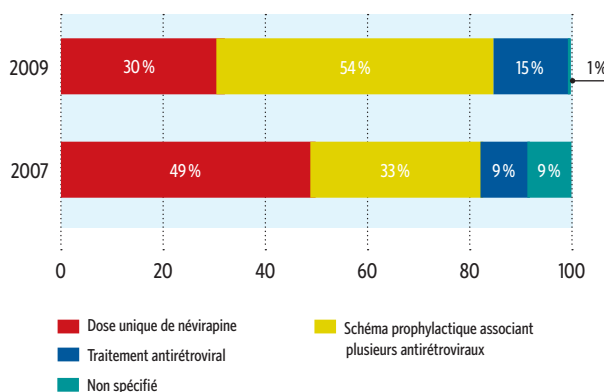
Schémas d'antirétroviraux

L'efficacité des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH varie selon le type d'associations d'antirétroviraux et la durée des schémas utilisés. Il est recommandé que les femmes enceintes vivant avec le VIH et leur nouveau-né exposé reçoivent un schéma prophylactique plus efficace qu'une dose unique de névirapine, et que toutes les femmes nécessitant un traitement antirétroviral pour leur propre santé reçoivent ce traitement.

Depuis la révision des lignes directrices en 2010, il est maintenant recommandé de fournir une prophylaxie antirétrovirale pendant l'allaitement au sein (encadré 5.4) dans les situations où celui-ci est considéré comme l'option la plus sûre d'alimentation du nourrisson. Dans ces pays, un effort particulier doit être entrepris pour surveiller la couverture antirétrovirale au cours de la période d'allaitement au sein.

Dans de nombreux pays, les mécanismes de surveillance nationale ne sont toujours pas entièrement opérationnels

Figure 5.5. Répartition en pourcentage des différents schémas thérapeutiques d'antirétroviraux utilisés chez la femme enceinte dans les pays à revenu faible ou moyen en 2007 (59 pays) et en 2009 (86 pays)



pour établir avec précision un rapport sur les schémas thérapeutiques utilisés par les femmes enceintes séropositives ; il demeure donc encore difficile d'analyser la répartition des différents schémas prophylactiques d'antirétroviraux utilisés dans le monde pour prévenir la transmission mère-enfant.

Sur les 120 pays ayant fourni en 2009 un rapport sur le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, 86 (soit 72 %) ont été en mesure de transmettre des données ventilées sur les schémas d'antirétroviraux administrés aux femmes enceintes. Ces pays comptent pour environ 70 %

Encadré 5.4. Alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH (15)

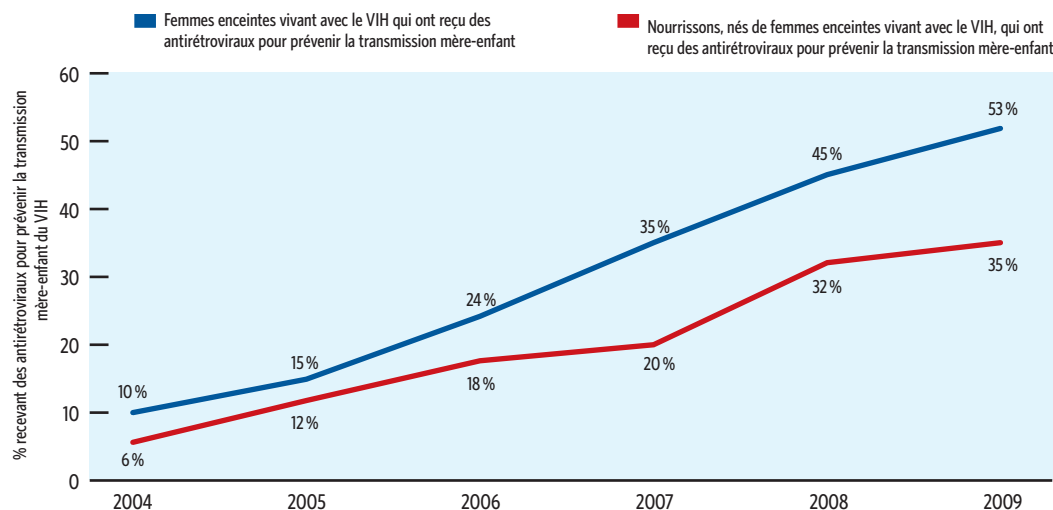
En 2010, l'OMS a révisé ses lignes directrices sur l'infection à VIH et l'alimentation du nourrisson, en s'appuyant sur les recommandations mises à jour sur le traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte, l'adolescent et l'enfant, et sur l'utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection du nourrisson par le VIH. Ces lignes directrices renforcent les principes et les recommandations établis dans les versions antérieures concernant notamment l'alimentation des nourrissons déjà connus pour être infectés par le VIH, et la protection et la promotion des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson dans la population générale ; deux changements majeurs ont cependant été adoptés.

Les autorités sanitaires nationales doivent décider si le conseil et le soutien fournis dans les services de santé aux mères infectées par le VIH seront avant tout en faveur (i) de l'allaitement au sein et des interventions à base d'antirétroviraux, ou bien (ii) d'éviter tout allaitement au sein. Le choix entre ces stratégies doit être fait en fonction de ce qui devrait permettre d'obtenir le taux de survie sans VIH le plus élevé chez les nourrissons exposés au VIH et fréquentant les établissements de santé publique. Les autorités des pays doivent prendre leur décision en se basant sur les tendances épidémiologiques nationales, sur la couverture de la prévention de la transmission mère-enfant et des services de traitement antirétroviral, et sur les principales causes de dénutrition et de mortalité maternelles et infantiles. Il s'agit d'un changement drastique par rapport aux approches précédentes où les agents de santé devaient conseiller les femmes enceintes et les mères infectées par le VIH, et déterminer individuellement quel mode d'alimentation du nourrisson était le plus approprié pour chaque cas particulier. Les données montrent que les interventions à base d'antirétroviraux conduisent à une réduction considérable du risque de transmission de l'infection à VIH par le lait maternel, améliorant de ce fait les chances de survie des nourrissons exposés au VIH en les protégeant de l'infection, ce qui a modifié la manière d'envisager les politiques et les approches de santé publique.

En outre, dans les situations où les autorités nationales décident de promouvoir l'allaitement au sein tout en fournissant des interventions à base d'antirétroviraux, l'OMS recommande vivement que les mères dont l'infection à VIH est connue allaitent exclusivement leur nourrisson au sein pendant les six premiers mois et continuent à l'allaiter jusqu'à 12 mois, tout en commençant à introduire des aliments de complément lorsqu'il atteint l'âge de six mois. L'allaitement au sein devra alors être arrêté quand l'enfant pourra recevoir une alimentation sans lait maternel, adéquate sur le plan nutritionnel et sans danger. Cette approche permet aux nourrissons de mères vivant avec le VIH de bénéficier de la protection qu'offre l'allaitement au sein par rapport à la morbidité et à la mortalité sévères habituellement associées à l'utilisation du lait en poudre commercialisé pour nourrisson là où son innocuité n'est pas assurée, et ce en dépit du faible risque de transmission du VIH lié à l'allaitement au sein. De telles recommandations seront similaires au niveau du pays tout entier, ce qui permettra également d'améliorer la planification et la fourniture de services par les systèmes de santé publique.

De nombreux pays, notamment en Afrique orientale et australe, ont déjà décidé de recommander aux mères infectées par le VIH d'allaiter leur nourrisson au sein et de fournir une intervention à base d'antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH. Les partenaires internationaux ont travaillé avec les équipes nationales pour étudier comment mettre en œuvre ces décisions au niveau des établissements de santé de district et établir des projections des coûts à inclure aux budgets futurs.

Figure 5.6. Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH, et de leurs nourrissons, qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, de 2004 à 2009



du nombre total de femmes qui ont reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant en 2009.

En 2007, 59 pays avaient communiqué des données ventilées sur les schémas d'antirétroviraux administrés aux femmes enceintes séropositives. En 2008, ce nombre est passé à 96, mais un tiers des schémas d'antirétroviraux étaient classés « non spécifié ». En 2009, la proportion de schémas signalés « non spécifié » a sensiblement diminué. Les comparaisons ont donc principalement porté sur les données de 2007 et 2009, années pour lesquelles la proportion de schémas signalés « non spécifié » a été la plus faible.

La proportion de femmes recevant l'un des schémas les plus efficaces ou un traitement antirétroviral pour leur propre santé a augmenté entre 2007 et 2009 (figure 5.5). Au cours de cette période, le pourcentage de femmes recevant une dose unique de névirapine a diminué, passant de 49 % à 30 %, tandis que le pourcentage de femmes recevant un schéma plus efficace a augmenté, passant de 33 % à 54 %; et la proportion de femmes recevant un traitement antirétroviral pour leur propre santé a augmenté, passant de 9 % à 15 %.

Il n'existe actuellement aucune estimation mondiale de la proportion de femmes enceintes séropositives qui ont besoin d'un traitement antirétroviral pour leur propre santé. Une analyse récente portant sur environ 6000 femmes vues en consultation dans 9 pays (13) a cependant révélé que 48 % des femmes étaient admissibles pour recevoir un traitement antirétroviral selon les nouvelles lignes directrices de l'OMS; d'autres études

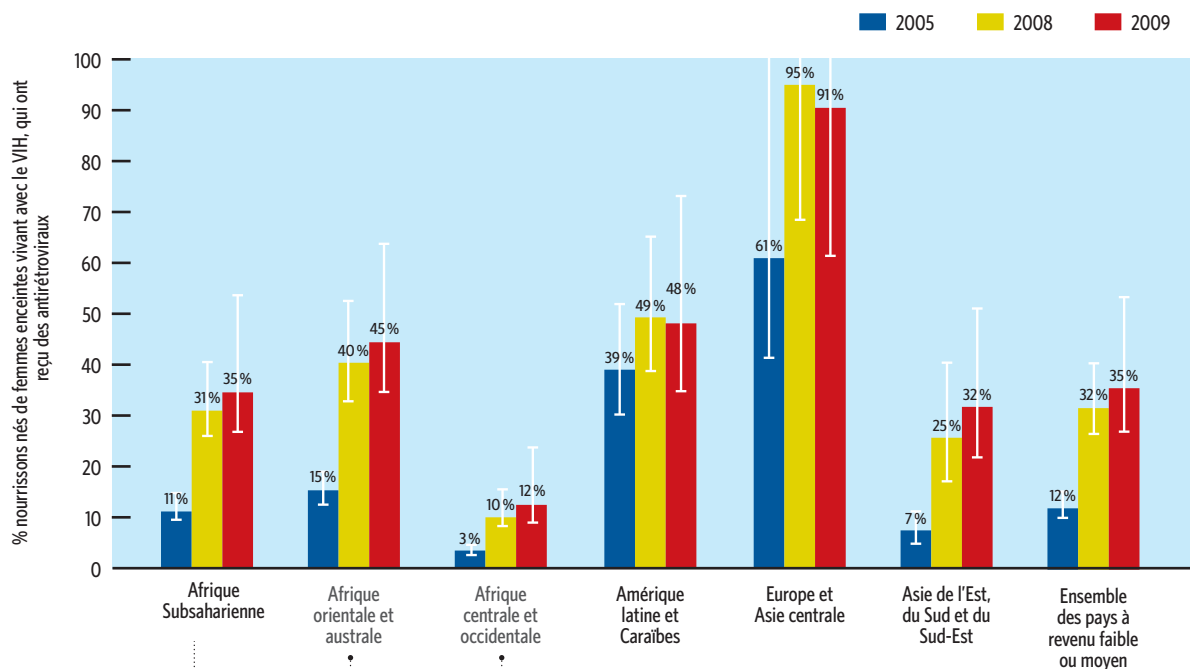
ont rapporté que ces femmes étaient admissibles dans près de 40 % (14) ou même 68 % (16) des cas. Ces résultats suggèrent que la majorité des femmes ayant besoin d'un traitement n'y a pas accès.

5.1.3. Prophylaxie par antirétroviraux pour les nourrissons nés de mères vivant avec le VIH

Dans les lignes directrices de l'OMS de 2010, il est recommandé que tous les nourrissons nés de mère séropositive reçoivent une prophylaxie par antirétroviraux (1). Pour eux, la couverture a légèrement augmenté entre 2008 et 2009: 35 % [26-53 %] des 1,4 million de nourrissons que l'on estime être nés de mère vivant avec le VIH ont reçu une prophylaxie par antirétroviraux, contre 32 % [26-40 %] en 2008. Cependant, l'écart entre le nombre d'enfants et le nombre de mères recevant un schéma prophylactique d'antirétroviraux semble s'être encore creusé (figure 5.6).

Tout en demeurant relativement stables, les taux de couverture ont varié considérablement entre les régions en 2009 (figure 5.7). En Afrique subsaharienne, environ un tiers des nourrissons ont bénéficié d'une prophylaxie par antirétroviraux (31 % [26-40 %] en 2008 et 35 % [26-54 %] en 2009). En Afrique orientale et australe, 45 % [35-64 %] des nourrissons ont reçu une prophylaxie par antirétroviraux en 2009, alors qu'ils n'étaient que 12 % [8-23 %] en Afrique occidentale et centrale. En Amérique latine, près de la moitié des enfants (48 % [35-74 %]) a reçu une prophylaxie par antirétroviraux. La région d'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est a connu la plus forte augmentation de la couverture, qui est passée de 25 % [17-40 %] en 2008 à 32 % [22-51 %] en 2009.

Figure 5.7. Pourcentage de nourrissons, nés de femmes enceintes vivant avec le VIH, qui ont reçu un schéma prophylactique d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, en 2005, 2008 et 2009



I Les barres indiquent la fourchette d'incertitude encadrant l'estimation.

5.2. Traitement, prise en charge et soutien des femmes vivant avec le VIH et de leurs enfants

S'il peut avoir accès à un traitement précoce, un enfant, même s'il est porteur du virus, pourra vivre jusqu'à l'âge adulte si sa mère et lui-même ont reçu les interventions appropriées pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, y compris un schéma prophylactique d'antirétroviraux comptant parmi les plus efficaces (17). En situation de ressources limitées, les services de prise en charge et de traitement de l'infection à VIH pour les enfants exposés ou infectés sont en rapide extension ; ils demeurent cependant insuffisants et relativement moins nombreux que ceux destinés aux adultes. Selon les estimations, seuls 28 % [21-43 %] des 1 270 000 [830 000-1 700 000] enfants qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral ont eu accès à ce traitement, contre 37 % des adultes [35-41 %] (pour plus d'informations, voir le chapitre 4).

5.2.1. Diagnostic chez le nourrisson

Pour que le traitement chez l'enfant ait le meilleur résultat possible, il est crucial de poser le diagnostic de l'infection à VIH de façon précoce. Un nourrisson ou un enfant infecté par le VIH peut survivre jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte si l'infection est diagnostiquée correctement et le traitement débuté précocement. Des progrès ont été accomplis pour diagnostiquer chez les nourrissons une infection à VIH

acquise par le biais de la transmission mère-enfant, mais nombre d'enfants vivant avec le VIH ne sont pas encore identifiés. Sans diagnostic et sans traitement efficace, un tiers des nourrissons infectés par le VIH mourront avant l'âge d'un an et près de la moitié au cours de leur deuxième année de vie.

Les lignes directrices révisées de l'OMS recommandent de réaliser un dépistage de l'infection à VIH utilisant un test virologique à l'âge de quatre à six semaines chez tout nourrisson exposé au VIH ; sitôt le diagnostic d'infection à VIH posé, tout nourrisson infecté doit être mis sous traitement antirétroviral (22).

Les nourrissons ont un accès très limité au diagnostic précoce. Selon les données transmises, un test de recherche de l'infection à VIH a été réalisé au cours des deux premiers mois suivant la naissance chez 6 % [5-10 %] des nourrissons en 2009 dans les pays à revenu faible ou moyen. Toutefois, la couverture du dépistage du VIH pour les nourrissons au cours des deux premiers mois de vie a pu être sous-estimée dans ces pays, car seulement 54 pays ont transmis des données sur cet indicateur en 2009, contre 41 en 2008. Dans ces 54 pays, représentant 43 % du nombre total de femmes enceintes vivant avec le VIH, un dépistage précoce de l'infection à VIH a été réalisé chez environ 85 800 enfants, soit 15 % [10-28 %] du nombre estimé de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH.

Encadré 5.5. Intégrer les interventions de prévention, de prise en charge et de traitement de l'infection à VIH dans les services de santé maternelle et infantile

En plus des programmes de santé sexuelle et génésique qu'ils fournissent, les services de santé maternelle et infantile offrent un cadre et des infrastructures indispensables pour fournir de manière efficace et durable des interventions anti-VIH. La formation clinique pour les programmes de PCIMAA/PCIGA (Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte/Prise en charge intégrée de la grossesse et l'accouchement) de l'OMS visant à intégrer les services de prévention de la transmission mère-enfant sert de guide aux agents de santé pour intégrer la prévention de l'infection à VIH et la prise en charge et le traitement des malades dans les services de santé maternelle et infantile. En 2009, des formations internationales ont été organisées pour les agents de santé de plus de 30 pays.

Un certain nombre de pays ont décentralisé la prévention, la prise en charge et le traitement de l'infection à VIH dans les centres de soins de santé primaire (18,19). En Afrique du Sud par exemple, les services de prévention, de prise en charge et de traitement de l'infection à VIH sont en train d'être décentralisés au niveau des centres de soins de santé primaire, les infirmiers et les infirmières commençant et gérant le traitement antirétroviral, les membres de l'équipe de l'hôpital de district servant de mentor et accueillant les patients que ces infirmiers et ces infirmières pourraient leur adresser en cas de problème.

La Zambie aussi est en train de passer à une prestation de services décentralisée et intégrée. Afin d'améliorer l'utilisation des services, le partenariat pour la prévention de la transmission mère-enfant en Zambie a employé différentes stratégies, notamment l'intégration des services de prévention de la transmission mère-enfant dans des sites d'activités de proximité et dans les établissements de santé maternelle et infantile du secteur public. Les autres stratégies comprennent la délégation de tâches en impliquant des prestataires non professionnels et des personnes vivant avec le VIH dans la prestation de services, la formation des agents de santé pour fournir des services complets de prévention de la transmission mère-enfant, l'amélioration de l'orientation vers les services appropriés pour réaliser un test de numération des CD4, et la promotion de la participation des partenaires (20). Depuis l'intégration du traitement antirétroviral dans les consultations existantes de santé maternelle et infantile du secteur public, la proportion de femmes admissibles et commençant un traitement antirétroviral a doublé dans le district de Lusaka (21).

Les actions visant à étendre le dépistage précoce chez les nourrissons exposés au VIH doivent être intensifiées. Parmi les actions prioritaires à mener, il faut inclure le renforcement des compétences techniques, le développement des capacités des laboratoires, le renforcement des systèmes de transport des échantillons de sang et des résultats, ainsi que, en cas d'épidémie généralisée, l'extension de l'offre systématique du dépistage à d'autres sites où les mères et les enfants ont accès aux soins, et l'amélioration de l'orientation d'un service à l'autre.

En outre, il est essentiel de réduire le taux de perdus de vue chez les nourrissons exposés au VIH pendant la période postnatale, car nombre de ces nourrissons, même s'ils ont déjà été testés, n'ont pas reçu leur résultat ou ne sont pas encore inscrits pour initier un traitement antirétroviral alors que le diagnostic d'infection a été posé. Des investissements considérables doivent être faits dans les services de consultation et au niveau des communautés pour améliorer le recueil de données et la prestation de services tout au long de la prise en charge afin que les enfants séropositifs commencent à recevoir un traitement en temps opportun. Il faut également mieux comprendre et résoudre les problèmes rencontrés par les mères pour continuer à avoir recours à des services de santé pour leurs enfants ou pour elles-mêmes.

5.2.2. Prophylaxie par cotrimoxazole chez les enfants exposés au VIH

L'une des composantes essentielles de l'ensemble des activités de prise en charge et de traitement destinées aux enfants vivant avec le VIH est la fourniture d'une prophylaxie par cotrimoxazole; il a été montré que ce médicament, très efficace, abordable, d'un rapport coût-efficacité avantageux et largement disponible, est associé à une réduction importante de la morbidité et de la mortalité chez les nourrissons et les enfants vivant avec le VIH ou qui ont été exposés à cette infection. En attendant que le traitement antirétroviral puisse être commencé, l'utilisation

de la prophylaxie par cotrimoxazole augmente les chances de survie des nourrissons infectés par le VIH. Ceci est particulièrement important quand les ressources manquent et que l'accès à des services efficaces de prévention de la transmission mère-enfant et au traitement antirétroviral est encore limité. Les lignes directrices de l'OMS publiées en 2006 recommandent de commencer une prophylaxie par cotrimoxazole à l'âge de quatre à six semaines chez tous les enfants exposés au VIH nés de mère séropositive, et de la continuer jusqu'à ce que l'infection à VIH ait été exclue et que l'enfant ne soit plus à risque d'être infecté par le biais de l'allaitement au sein (23).

En 2009, 72 pays, contre 67 en 2008, ont fourni des informations sur le nombre de nourrissons nés d'une femme enceinte vivant avec le VIH et qui ont commencé une prophylaxie par cotrimoxazole au plus tard à l'âge de deux mois. Un certain nombre de pays ont élaboré et mis en place des politiques pour soutenir l'accès à la prophylaxie par cotrimoxazole pour les nourrissons et les enfants; cependant, seuls 14 % [10-20 %] des nourrissons ayant besoin de recevoir cette prophylaxie l'ont reçue en 2009, contre 8 % [6-10 %] en 2008. En Afrique subsaharienne, la couverture a continué à s'étendre, particulièrement en Afrique orientale et australe, sous-région la plus touchée par l'infection à VIH, et où la couverture a doublé, passant de 9 % [7-11 %] en 2008 à 18 % [14-26 %] en 2009.

Au total, 43 pays ont transmis des données sur la couverture de la prophylaxie par cotrimoxazole en 2008 et en 2009. Dans ces pays, qui représentaient environ 50 % de toutes les femmes enceintes séropositives ayant besoin d'antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou moyen, la proportion de nourrissons recevant du cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance a légèrement augmenté selon les données, passant de 15 % en 2008 à 18 % en 2009.

Pour élargir l'accès à la prophylaxie par cotrimoxazole, un ensemble d'interventions interdépendantes doit être mis

en œuvre, notamment l'intensification des liens entre le dépistage et le traitement de l'infection à VIH, et la mise en place de mécanismes permettant l'identification et le suivi des nourrissons exposés au VIH au moment de la naissance et après. En outre, les agents de santé doivent être formés à prendre en considération une éventuelle infection à VIH chez le nourrisson à la naissance et à chaque consultation ou contact avec une structure de santé. La fourniture de la prophylaxie par cotrimoxazole doit être décentralisée au plus bas niveau possible du système de soins de santé qui soit approprié, et où cette intervention est faisable et efficace. Pour faciliter la fourniture de cette prophylaxie aux enfants exposés au VIH ou infectés par ce virus, il faut disposer d'un approvisionnement régulier en cotrimoxazole pour ce public et renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation (23).

5.2.3. Traitement antirétroviral chez l'enfant

La meilleure stratégie pour prévenir la mortalité liée à l'infection à VIH chez l'enfant consiste à étendre des programmes efficaces de prévention de la transmission mère-enfant pour prévenir les nouveaux cas d'infection chez le nourrisson; néanmoins, de nombreux décès liés au VIH pourraient aussi être évités chez les enfants infectés par un diagnostic précoce de cette infection et par la fourniture en temps opportun d'une prise en charge et de traitements efficaces. Afin de maximiser la survie et le bien-être des enfants vivant avec le VIH, l'OMS a publié en 2010 une mise à jour de ses lignes directrices (24) en modifiant sensiblement l'ensemble des critères recommandés pour commencer un traitement antirétroviral chez l'enfant (encadré 5.6).

En décembre 2009, les données transmises par les pays montrent que près de 356 400 enfants recevaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen, contre 275 300 en 2008 et 75 000 en 2005, soit une augmentation de près de 30 % l'année dernière. Cela représente environ 28 % [21-43 %] de l'ensemble des enfants de moins de 15 ans qui, selon les estimations,

avaient besoin d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen, contre 22 % [16-34 %] en 2008 et 7 % [5-11 %] en 2005, en utilisant rétrospectivement les nouveaux critères de traitement.

Entre 2008 et 2009, le nombre d'enfants qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral et qui l'ont reçu a augmenté dans toutes les régions. La couverture varie selon les régions, de 6 % [4-11 %] en Afrique du Nord et au Moyen-Orient à 68 % [52-87 %] en Amérique latine (figure 5.8).

En Afrique subsaharienne, région qui connaît la plus forte charge d'enfants ayant besoin d'un traitement, 296 000 enfants (26 % [19-42 %]) recevaient un traitement antirétroviral en décembre 2009, contre 224 100 (20 % [15-32 %]) en 2008. L'Afrique orientale et australe accueille le plus grand nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral en 2009, avec 254 900 (32 % [25-48 %]) enfants, contre 194 600 (25 % [19-37 %]) en 2008. Au Botswana, en Namibie et au Swaziland, la couverture chez les enfants était d'au moins 70 %. En Afrique occidentale et centrale, 41 000 enfants (12 % [8-22 %]) étaient sous traitement antirétroviral, contre 29 500 (8 % [6-16 %]) en 2008. Seuls le Bénin et la Gambie ont obtenu une couverture supérieure à 40 % des enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral.

Les données transmises par les pays d'Amérique latine et des Caraïbes montrent que 18 600 enfants (58 % [45-80 %]) recevaient un traitement antirétroviral en 2009, contre 17 300 (54 % [42-76 %]) en 2008. Des différences ont été observées entre les sous-régions de l'Amérique latine et des Caraïbes. En Amérique latine, et selon les données transmises, le nombre d'enfants ayant accès au traitement antirétroviral était de 16 300 (68 % [52-87 %]) en 2009, contre 15 400 (65 % [50-84 %]) en 2008. Dans les Caraïbes, la couverture a augmenté, passant de 2000 (24 % [16-48 %]) en 2008 à 2400 (29 % [19-57 %]) en 2009.

Les pays d'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est ont signalé que

Encadré 5.6. Lignes directrices de l'OMS révisées en 2010 sur le traitement antirétroviral pédiatrique

En juillet 2010, l'OMS a publié de nouvelles lignes directrices sur le traitement antirétroviral pédiatrique. Celles-ci sont désormais harmonisées avec les lignes directrices relatives aux adultes, aux femmes enceintes, et à la prévention de la transmission mère-enfant qui ont été adoptées. Les principales modifications introduites dans cette version portent sur les critères recommandés pour commencer un traitement. Il est maintenant recommandé de commencer un traitement antirétroviral chez tous les enfants de moins de 24 mois infectés par le VIH. Le traitement antirétroviral est généralement recommandé aux moments suivants :

1. chez tous les nourrissons infectés par le VIH pour qui le diagnostic d'infection est posé dans la première année de vie, quel que soit le nombre de CD4 et le stade clinique de l'OMS ;
2. chez tous les enfants infectés par le VIH de moins de deux ans, quel que soit le nombre de CD4 et le stade clinique de l'OMS ;
3. chez tous les enfants infectés par le VIH âgés de 24 à 59 mois avec un nombre de CD4 < 750 cellules/mm³ ou un pourcentage de CD4 < 25 %, le chiffre le plus bas de chacun de ces deux paramètres étant retenu, quel que soit le stade clinique de l'OMS ;
4. chez tous les enfants infectés par le VIH de plus de 5 ans avec un nombre de CD4 < 350 cellules/mm³ (comme chez l'adulte), quel que soit le stade clinique de l'OMS ;
5. chez tous les enfants infectés par le VIH présentant un stade clinique 3 ou 4, quel que soit le nombre de CD4 ;
6. chez tous les enfants de moins de 18 mois chez qui un diagnostic clinique présomptif d'infection par le VIH a été posé.

En plus de ces nouveaux critères pour commencer un traitement, les lignes directrices mises à jour sur le traitement comprennent des recommandations et des conseils sur (i) un diagnostic plus précoce et plus précis de l'infection à VIH, (ii) des schémas thérapeutiques simplifiés d'antirétroviraux à utiliser dans les traitements de première et de deuxième intention, (iii) les signes et les symptômes attendus au cours des six premiers mois de traitement, (iv) des mesures pour que les facteurs nutritionnels fassent l'objet d'une attention plus soutenue chez les enfants sous traitement antirétroviral, (v) une intensification de la surveillance stratégique de l'efficacité et de la toxicité des antirétroviraux, et (vi) le renforcement de l'observance du traitement. Ces nouvelles lignes directrices s'inscrivent dans l'engagement de l'OMS pour l'accès universel des nourrissons et des enfants à la prévention, à la prise en charge et au traitement de l'infection à VIH.

Tableau 5.4. Estimation du nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral, du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral et du taux de couverture dans les pays à revenu faible ou moyen par région, en décembre 2009^a

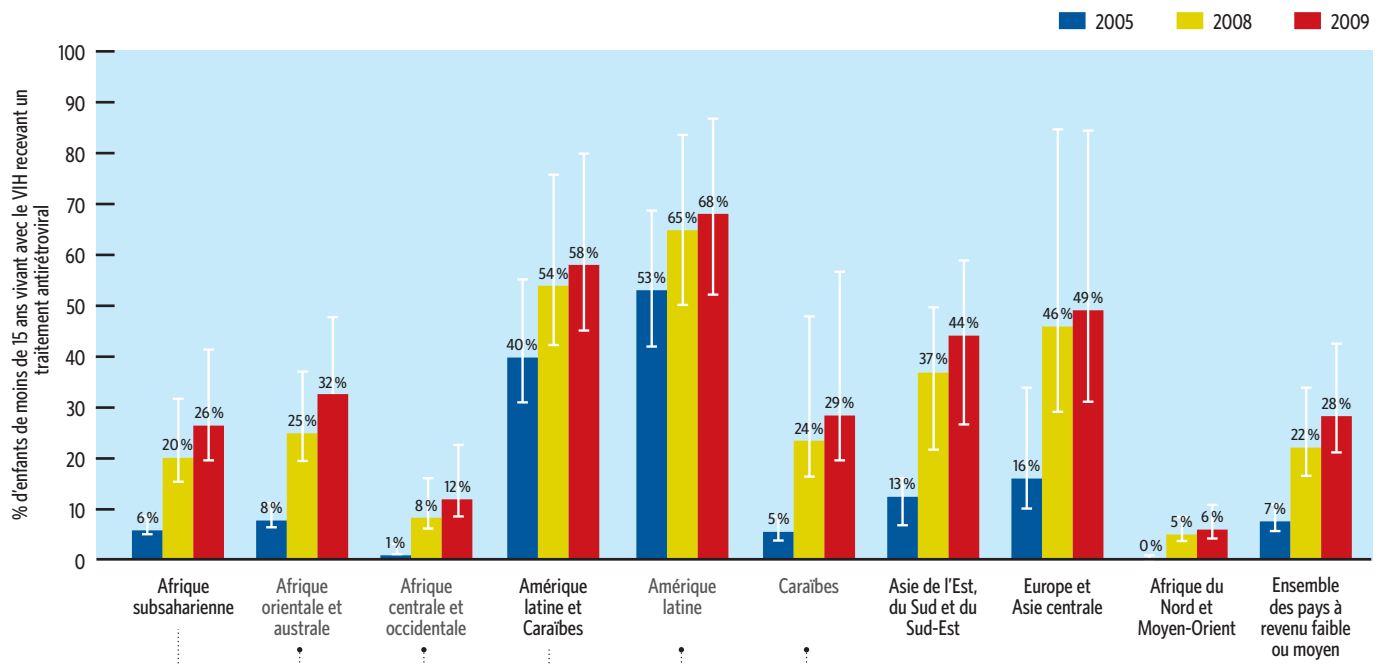
Région géographique	Nombre déclaré d'enfants (de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral, en décembre 2009	Estimation du nombre d'enfants vivant avec le VIH ayant besoin d'un traitement antirétroviral, en 2009 [fourchette] ^a	Couverture du traitement antirétroviral chez les enfants vivant avec le VIH, en décembre 2009 [fourchette] ^b
Afrique du Nord et Moyen-Orient	560	10 000 [5 200-15 000]	6 % [4-11 %]
Afrique subsaharienne	296 000	1 140 000 [710 000-1 500 000]	26 % [19-42 %]
Afrique orientale et australe	254 900	790 000 [530 000-1 000 000]	32 % [25-48 %]
Afrique centrale et occidentale	41 000	350 000 [180 000- 510 000]	12 % [8-22 %]
Amérique latine et Caraïbes	18 600	32 200 [23 000-42 000]	58 % [45-80 %]
Amérique latine	16 300	24 100 [19 000-31 000]	68 % [52-87 %]
Caraïbes	2 400	8 100 [4 100-12 000]	29 % [19-57 %]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	36 500	83 400 [61 000-140 000]	44 % [27-59 %]
Europe et Asie centrale	4 800	9 700 [5 700-15 000]	49 % [31-58 %]
Tous les pays à revenu faible ou moyen	356 400	1 270 000 [830 000-1 700 000]	28 % [21-43 %]

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

a Des explications sur les méthodes utilisées se trouvent dans la note explicative de l'annexe 4.

b L'estimation de la couverture est basée sur l'estimation non arrondie du nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral et ayant besoin de ce traitement.

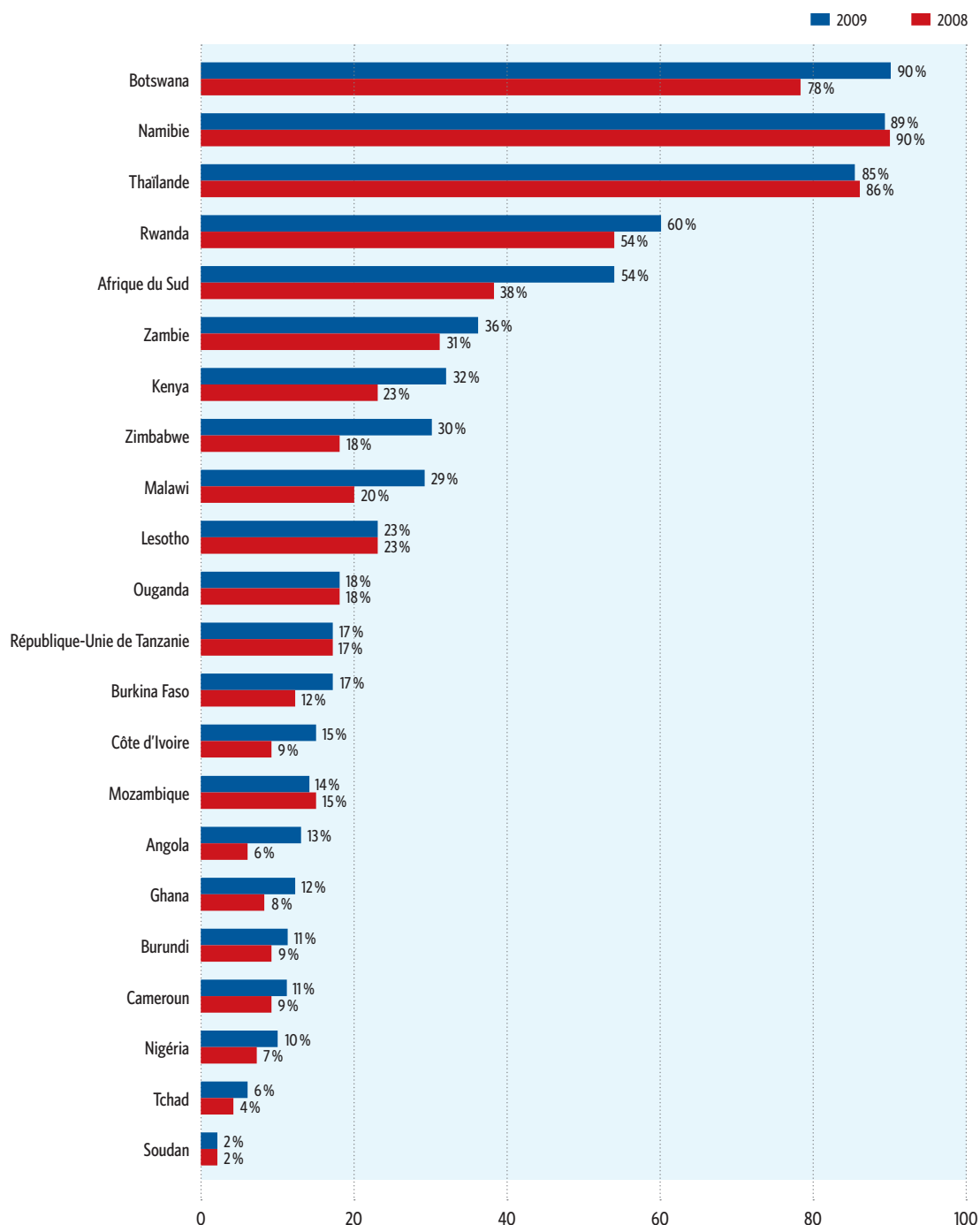
Figure 5.8. Pourcentage d'enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen, en 2005, 2008 et 2009



I Les barres indiquent la fourchette d'incertitude encadrant l'estimation.

Note: les données ont été mises à jour rétrospectivement pour prendre en compte les changements apportés à la méthodologie utilisée (voir l'encadré 5.7).

Figure 5.9. Pourcentage d'enfants vivant avec le VIH et sous traitement antirétroviral dans les 25 pays les plus touchés, en 2008 et en 2009^a



Note : les données ont été mises à jour rétrospectivement pour prendre en compte les changements apportés à la méthodologie utilisée (voir l'encadré 5.7)

^a Bien que l'Éthiopie, l'Inde et la République démocratique du Congo fassent partie de la liste des 25 pays où le besoin en traitement antirétroviral est le plus fort pour les enfants vivant avec le VIH, les estimations des besoins sont actuellement en cours d'examen : aucune couverture n'est pour l'instant disponible

Encadré 5.7. Améliorer les estimations des besoins en traitement antirétroviral et de la couverture de ce traitement chez les enfants

Selon les estimations, la proportion d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) ayant reçu un traitement antirétroviral en 2009 était de 28 %, inférieure à l'estimation de la couverture pour l'année 2008 publiée précédemment et qui était de 38 %. Ce changement n'est pas le fait d'une diminution du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral qui reçoivent ce traitement, lequel a en réalité augmenté, mais de changements à la fois dans la méthodologie d'estimation et dans les critères d'admissibilité pour commencer un traitement, qui ont entraîné une forte augmentation du nombre estimé d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral.

Par définition, la couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est le nombre d'enfants sous traitement antirétroviral obtenu à partir de systèmes de suivi des patients, divisé par l'estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement calculée à l'aide de Spectrum. Spectrum est un logiciel informatique qui donne des estimations de l'impact de l'épidémie d'infection à VIH. Sur la base de données de prévalence et d'incidence de l'infection à VIH et des caractéristiques démographiques d'un pays, Spectrum peut donner, entre autres variables, une estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral. En décembre 2009, le Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections concernant le VIH, a organisé une réunion pour examiner et mettre à jour les hypothèses utilisées dans Spectrum pour estimer le nombre d'enfants vivant avec le VIH et le nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral (25).

Après examen de la littérature et des données disponibles, trois changements importants ont été apportés aux hypothèses utilisées dans Spectrum pour estimer les besoins chez l'enfant :

1. *Des courbes de survie plus précises* : des travaux de recherche récents ont permis de corriger les paramètres de survie en utilisant les données de 12 sites d'Afrique subsaharienne qui comprenaient des informations sur le moment de l'infection (26). Il est en effet important de connaître le moment de l'infection, car la durée de survie chez les enfants infectés pendant la grossesse ou au moment de la naissance est beaucoup plus courte que celle des enfants infectés pendant l'allaitement au sein (27). Sur la base de ces observations, les estimations ont permis d'élaborer deux nouvelles courbes donnant la survie prévue pour les enfants infectés au cours de la période périnatale et la survie prévue pour ceux infectés au cours de l'allaitement au sein. L'espérance de vie établie une fois ces courbes de survie révisées est plus longue que celle utilisée jusqu'à ce jour ; le nombre d'enfants vivant avec le VIH et ayant besoin d'un traitement s'en trouve donc augmenté.

2. *Améliorations dans la détermination de la progression entre le moment de l'infection et celui où un traitement devient nécessaire* : à l'origine, les paramètres utilisés dans Spectrum et liés aux différents modes de progression de la maladie chez les nourrissons ont été établis à partir de *HIV Paediatric Prognostic Markers Collaborative Study* (HPPMCS - Étude collaborative des marqueurs pronostiques pédiatriques de l'infection à VIH), étude menée principalement dans des pays à revenu élevé avant que le traitement antirétroviral ne soit disponible. Calculé sur la base de nouvelles informations de meilleure qualité portant sur la progression de la maladie, le nombre estimé d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral a légèrement augmenté (28).

3. *Mise à jour des lignes directrices de l'OMS sur le traitement chez le nourrisson et l'enfant* (encadré 5.6). Les paramètres par défaut du programme Spectrum ont été mis à jour afin de refléter les changements prévus dans les critères d'admissibilité pour le traitement une fois les lignes directrices révisées.

Au total, suite à l'utilisation de taux de transmission du VIH en fonction des schémas d'antirétroviraux utilisés, à l'identification et à la mise à jour de différentes courbes de survie selon le mode d'infection, et au changement de critères d'admissibilité pour initier un traitement antirétroviral chez l'enfant, le nombre estimé d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral a considérablement augmenté ; par conséquent, les taux de couverture de traitement antirétroviral ont également beaucoup changé. Du fait de ces changements, les taux de couverture de 2009 ne doivent pas être comparés aux chiffres de couverture publiés dans les rapports annuels des années précédentes. Toutes les estimations du besoin de traitement antirétroviral pédiatrique pour les années précédentes ont cependant été recalculées rétrospectivement pour le rapport de cette année.

36 500 enfants (44 % [27-59 %]) recevaient un traitement antirétroviral en 2009, contre 29 300 (37 % [21-50 %]) en 2008. Le taux de couverture a atteint ou dépassé 80 % au Cambodge, en Malaisie et en Thaïlande.

De modestes améliorations ont été obtenues entre 2008 et 2009 dans les 25 pays les plus touchés et comptant plus de 91 % des enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral (figure 5.9). La couverture la plus faible a été constatée au Soudan avec 2,2 %, contre 1,8 % en 2008, tandis que la couverture la plus élevée a été observée au Botswana avec 90 %, contre 78 % un an plus tôt. Les plus fortes hausses ont été observées en Angola, en Côte d'Ivoire, au Ghana et au Zimbabwe, où le nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral a augmenté de plus de 60 % entre 2008 et 2009.

À la fin de l'année 2009, une couverture de plus de 80 % du traitement antirétroviral pédiatrique a été obtenue dans 14 pays : Argentine, Botswana, Brésil, Cambodge, Guyane, Jamaïque, Kazakhstan, Malaisie, Namibie, Panama, Paraguay, Thaïlande, Ukraine, Uruguay¹ (voir l'annexe 5).

Bien que des avancées aient été obtenues pour élargir l'accès au traitement antirétroviral chez l'enfant, moins d'un tiers des enfants en ayant besoin ont reçu ce traitement en 2009. Au regard des nouvelles lignes directrices de traitement, plus d'enfants seront mis sous traitement, ce qui induira des besoins supplémentaires en termes de ressources financières pour couvrir les coûts associés et prendre en compte la plus grande complexité dans la mise en œuvre des schémas thérapeutiques. Il est aussi essentiel que les pays conçoivent et renforcent des plans et des politiques de plaidoyer pour veiller à ce qu'aucune rupture de stock ne se produise. L'extension des services nécessitera aussi une planification, une coordination, la formation du personnel de santé et la fourniture de matériels d'information et d'éducation à grande échelle. Une planification et une gestion adéquates à tous les niveaux sont également capitales pour s'assurer que ces changements sont bien intégrés dans la politique et les pratiques de chaque pays.

¹ Pays comptant au moins 100 enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral.

5.3. Résultats et impact des interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH

La plupart des pays sont actuellement en train d'étendre leurs services et les interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Pour une bonne gestion des programmes et faire le suivi des avancées obtenues en vue de l'accomplissement des OMD 4, 5 et 6, il est essentiel d'évaluer les résultats et l'impact des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH sur les infections pédiatriques évitées, sur la santé et la survie des mères, et sur la santé et la survie des enfants. L'évaluation systématique des programmes de prévention de la transmission mère-enfant au niveau national reste cependant difficile. L'efficacité des différentes interventions visant à réduire le risque de transmission mère-enfant a bien été démontrée dans un contexte de recherche ; mais leur impact au niveau national est très rarement documenté une fois qu'elles sont mises en œuvre dans des systèmes de santé soumis à des contraintes de différents types et dans différents contextes avec des modes de prestation de services variés. Si un certain nombre de femmes enceintes séropositives reçoivent bien des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant, la durée de leur prise et l'observance du schéma thérapeutique prescrit restent souvent inconnues au niveau national. L'existence de perdus de vue a un effet négatif sur la précision du résultat des interventions chez les mères et les enfants au niveau du pays. Les méthodes de mesure de la mortalité infantile liée à l'infection à VIH doivent être améliorées. L'OMS, l'UNICEF et leurs partenaires travaillent à l'élaboration de principes directeurs pour mesurer l'impact des programmes de prévention de la transmission mère-enfant, ce qui devrait permettre d'améliorer l'évaluation de l'impact obtenu pour les futurs rapports.

Les évaluations mondiales de l'impact des programmes de prévention de la transmission mère-enfant sont basées sur des données limitées et sur des modèles où les paramètres d'efficacité sur la transmission sont tirés d'essais cliniques et de quelques données fournies par les programmes ; l'impact des programmes et les résultats obtenus dans les faits et vis-à-vis des objectifs internationaux peuvent donc être surestimés. Sur la base de la distribution des différents schémas d'antirétroviraux utilisés en 2009 et d'un ensemble d'hypothèses destinées à obtenir des projections de l'impact de la prévention de la transmission mère-enfant (29), la transmission mère-enfant a diminué dans les pays à revenu faible ou moyen, passant d'environ 34 % (en supposant qu'aucune intervention n'ait été utilisée pour éviter la transmission mère-enfant) à 21 % (en supposant une durée médiane d'allaitement au sein de 12 mois). Si les nouvelles directives de l'OMS sont appliquées chez 90 % des femmes, et en supposant l'utilisation des mêmes pratiques d'allaitement au sein, il serait possible d'atteindre un taux de transmission d'environ 10 % en Afrique subsaharienne.

Une consultation multipartite sur les questions clés concernant l'élimination de la transmission mère-enfant d'ici à 2015 est également prévue par l'OMS, l'UNICEF, l'ONUSIDA et leurs partenaires. Cette rencontre permettra de discuter, entre autres sujets, des indicateurs, des objectifs chiffrés de couverture et des définitions techniques à utiliser pour mesurer et surveiller les avancées réalisées en vue de l'élimination. Pour atteindre cet objectif, il faudra en fin de compte étendre massivement la mise en œuvre des interventions pour obtenir des niveaux de couverture très élevés et appliquer l'ensemble des nouvelles lignes directrices sur l'utilisation des antirétroviraux pour réduire la transmission mère-enfant. Pour utiliser au mieux les synergies potentielles en vue d'atteindre les OMD 4, 5 et 6, il sera également essentiel de travailler en collaboration et de façon stratégique avec les programmes de santé maternelle et infantile.

5.4. Perspectives d'avenir

Au cours de la dernière décennie, des progrès substantiels ont été accomplis pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et fournir un traitement et une prise en charge aux enfants qui en avaient besoin. Un certain nombre de difficultés d'ordres programmatique et politique doivent être cependant résolues dans les pays à revenu faible ou moyen pour parvenir à y éliminer la transmission mère-enfant et garantir aux mères et à leurs enfants un accès universel à la prise en charge et au traitement.

Pour accroître le niveau de couverture et améliorer la qualité des interventions de prévention de la transmission mère-enfant, il est indispensable d'intégrer davantage les activités et d'améliorer les liens et l'orientation des patients entre les services anti-VIH et les services de santé maternelle, néonatale et infantile. Cela implique d'élaborer des politiques appropriées, d'équiper des laboratoires, de réaliser une évaluation clinique et immunologique de l'infection à VIH, et de pouvoir mettre en route un traitement antirétroviral dans des services ne fournissant actuellement pas ce type d'intervention anti-VIH. En outre, il est également nécessaire de mettre en œuvre un conseil en matière d'alimentation du nourrisson, un suivi de la période post-partum et la fourniture d'antirétroviraux pour prévenir la transmission pendant l'allaitement au sein, ainsi qu'un suivi des nourrissons exposés au VIH et de leurs mères comprenant un ensemble d'interventions intégrées pour leur prise en charge et leur traitement. Pour atteindre une couverture universelle de prévention de la transmission mère-enfant, il faudra utiliser une approche avec des liens forts, basée sur un système solide d'orientation d'un service à l'autre entre les établissements de santé, les différents points de prestation de services et les communautés.

Plus de 80 % des cas de transmission du VIH surviennent chez des femmes avec un nombre de CD4 inférieur à 350 cellules/mm³. La mesure du nombre de CD4 doit

être rapidement incorporée dans les programmes pour faire partie intégrante des services de prévention de la transmission mère-enfant. Des efforts supplémentaires sont nécessaires (i) pour permettre qu'un test de numération des CD4 soit effectué dans les services de soins prénatals afin d'assurer l'identification rapide des femmes ayant besoin d'un traitement, et de commencer immédiatement celui-ci ou le suivi, et (ii) pour remplacer la dose unique de névirapine par des schémas prophylactiques d'antirétroviraux plus efficaces pour la prévention de la transmission mère-enfant, et que ceux-ci soient disponibles à tout moment. Afin de garantir des résultats satisfaisants, il est cependant essentiel de faire un suivi de l'observance du schéma prophylactique d'antirétroviraux au cours de l'allaitement au sein.

L'élimination de la transmission mère-enfant nécessite également l'élaboration de stratégies visant à atteindre chaque femme et chaque enfant, et de répondre aux besoins spécifiques des femmes, notamment en luttant contre la stigmatisation, la discrimination et le risque de violence. Il faut veiller à ce que les services soient situés dans des lieux proches des communautés pour que les clients puissent y accéder facilement et pour maximiser la couverture. Pour accélérer l'extension de ces interventions, il faut utiliser une approche décentralisée où la planification et la mise en œuvre des services sont transférées par les programmes nationaux à des niveaux infranationaux et où les mécanismes de coordination, de financement et de responsabilisation sont clairement établis par ces programmes. En rapprochant des utilisateurs finaux la gestion et la prise de décision, la décentralisation permet une meilleure réactivité des programmes, une identification plus facile des lacunes dans la prestation de services et d'y remédier à temps.

Lorsque la couverture des interventions est limitée, il est essentiel de mettre en place des mécanismes efficaces pour que les communautés deviennent parties prenantes dans la prestation de services, et d'améliorer la qualité des liens entre les établissements de santé et les communautés locales. Il faut aussi s'attaquer aux facteurs socio-économiques responsables d'une faible utilisation des services, notamment aux obstacles financiers et aux frais d'utilisation des services.

Pour obtenir un accès universel au traitement et à la prise en charge pédiatriques, les nourrissons doivent avoir plus facilement accès à un diagnostic précoce et commencer le traitement dès la période postnatale. En offrant des services de prise en charge du VIH dans les consultations de santé maternelle et infantile, lieux où les femmes et les jeunes enfants sont le plus souvent vus en consultation, les enfants exposés au VIH et les enfants infectés ont plus de chances de recevoir à la fois une prise en charge liée à l'infection à VIH et les interventions de routine pour améliorer la survie de l'enfant qui sont essentielles à leur santé.

Il est nécessaire de renforcer les systèmes de suivi pour réaliser une surveillance et s'assurer que les besoins identifiés tout au long du continuum de la prise en charge sont bien satisfaits. Même quand l'accès au diagnostic précoce du nourrisson n'est pas trop limité, de nombreux nourrissons identifiés comme étant infectés par le VIH ne commencent pas de traitement antirétroviral. De même, une proportion considérable de femmes enceintes identifiées comme étant séropositives sont également perdues de vue lors des différentes étapes de la « cascade » d'interventions nécessaires pour prévenir efficacement la transmission du VIH à leur nourrisson.

Un autre défi consiste à appliquer convenablement les lignes directrices de l'OMS de 2010 pour le traitement des femmes enceintes et la prévention de l'infection à VIH chez les nourrissons, en particulier dans les pays où les systèmes de santé sont déficients (1). Les différents partenaires doivent redoubler d'efforts pour aider chaque pays à identifier l'option d'antirétroviraux la plus adaptée à son cas, en tenant compte des circonstances et des préférences locales.

Il faut enfin soutenir les pays pour qu'ils améliorent la qualité, la portée, l'exhaustivité et la fiabilité des données recueillies. Cela est essentiel pour la prévention de la transmission mère-enfant, qui intègre un ensemble complexe de services interconnectés pouvant être fournis à différents points d'entrée et dans différents établissements de santé. Suivre les avancées obtenues en vue de l'élimination de la transmission mère-enfant et de l'accès universel nécessite la mise en œuvre d'un système d'information robuste, capable d'identifier les lacunes dans la prestation de services, et d'y répondre de manière satisfaisante. 🌐

Références

1. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach, 2010 version*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf, consulté en ligne le 5 octobre 2010).
2. Assemblée générale des Nations Unies – Session extraordinaire sur le VIH/sida. *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. (http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_fr.pdf, consulté en ligne le 5 octobre 2010).
3. *Résolution 60/262 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies*. New York, Nations Unies, 2006. (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_en.pdf, consulté en ligne le 5 octobre 2010).
4. *Guidance on global scale-up of prevention of mother-to-child transmission of HIV*. Genève et New York, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2006. (http://www.unicef.org/aids/files/PMTCT_enWEBNov26.pdf, consulté en ligne le 5 octobre 2010).
5. *PMTCT strategic vision 2010–2015*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. (http://www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic_vision.pdf, consulté en ligne le 5 octobre 2010).
6. ONUSIDA et OMS. *Le point sur l'épidémie de sida : novembre 2009*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et de l'Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_fr.pdf, consulté en ligne le 5 octobre 2010).
7. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*. Genève, Suisse, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2008 (http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp, consulté en ligne le 5 octobre 2010).
8. *Approches stratégiques de la prévention de l'infection à VIH chez l'enfant – Rapport d'une réunion de l'OMS. Morges (Suisse), 20-22 mars 2002*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://www.who.int/entity/hiv/pub/mtct/strategicapproachesfr.pdf>, consulté en ligne le 5 octobre 2010).
9. OMS, UNICEF et équipe spéciale interorganisations sur la prévention de l'infection à VIH chez la femme enceinte, la mère et l'enfant. *Monitoring and evaluating the prevention of mother-to-child transmission of HIV: a guide for national programme*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (sous presse).
10. *Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599115_eng.pdf, consulté en ligne le 5 octobre 2010).
11. 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.
12. Farquhar C et al. Antenatal couple counselling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004, 37:1620–1626.
13. Carter, RJ et al. CD4+ Cell Count Testing More Effective Than HIV Disease Clinical Staging in Identifying Pregnant and Postpartum Women Eligible for Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (2010). doi: 10.1097/QAI.0b013e3181e73f4b.
14. Kuhn, L et al. Potential impact of new WHO criteria for antiretroviral therapy for prevention of mother-to-child transmission, *AIDS*, 2010, 24: 1374–1377.
15. OMS, UNICEF, ONUSIDA, UNFPA. *Guidelines on HIV and infant feeding, 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599535_eng.pdf, consulté en ligne le 5 octobre 2010).
16. Clinton Health Access Initiative. *Description of a 2008 Meta-Analysis of Mother to Child Transmission (MTCT) of HIV Rates in Resource-Limited Settings – discussion paper*. 2010 (non publié).
17. *Taking stock: HIV in children*. Geneva, WHO, 2006 (WHO/HIV/2006.04).
18. Pfeiffer et al. Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique – a case study. *Journal of the International AIDS Society*, 2010, 13:3.
19. Callaghan et al. A systematic review of task- shifting for HIV treatment and care in Africa. *Human Resources for Health*, 2010, 8:8.
20. Torpey K et al. Increasing the uptake of prevention of mother-to-child transmission of HIV services in a resource-limited setting. *BMC Health Services Research*, 2010, 10:29 (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/29>, accessed 30 July 2010).

21. Killam W et al. Antiretroviral therapy in antenatal care to increase treatment initiation in HIV-infected pregnant women: a stepped-wedge evaluation. *AIDS*, 2010, 24:856-891.
22. *Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: towards universal access. Executive summary of recommendations: preliminary version for program planning 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/paediatic/paed-prelim-summary.pdf>, consulté en ligne le 5 octobre 2010).
23. *Co-trimoxazole prophylaxis for HIV-exposed and HIV-infected infants and children: practical approaches to implementation and scale up*. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/paediatic/cotrimoxazole.pdf>, consulté en ligne le 5 octobre 2010).
24. *Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: towards universal access. Recommendations for a public health approach, 2010 revision*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599801_eng.pdf, consulté en ligne le 5 octobre 2010).
25. *Paediatric estimation issues with a focus on ART need estimates – technical report and recommendations. Report of a meeting of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections held in Geneva, Suisse, 4 December 2009*. Genève, Groupe de référence sur les estimations, modèles et projections du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2009 (http://www.epidem.org/Publications/Paediatic%20Estimates_Geneva%202009.pdf, consulté en ligne le 5 octobre 2010).
26. *Consultative meeting on data collection & estimation methods related to HIV infection in infants and children. Report of a consultative meeting with UNICEF, WHO and the UNAIDS Reference Group for Estimates, Modelling and Projections held in New York, USA, 8-10 July 2008*. Genève, Groupe de référence sur les estimations, modèles et projections du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2009 (http://www.epidem.org/Publications/UNAIDS_UNICEF_Paediatic%20HIV%20Report_9%20Dec%202008_Final.pdf, consulté en ligne le 5 octobre 2010).
27. Newell M-L et al. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*, 2004, 364:1236-1243.
28. Mahy M et al. Derivation of parameters used in Spectrum for eligibility for ART and survival on ART. *Sexually transmitted Infections*, 2010, 86 Suppl 2:ii28-ii34.
29. 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.

6. APRÈS 2010

En 2009, des avancées considérables ont encore été enregistrées dans les pays à revenu faible ou moyen en ce qui concerne l'élargissement de l'accès aux interventions clés du secteur de la santé, notamment l'accès au conseil et au dépistage du VIH, au traitement antirétroviral et à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Au cours de cette année-là, 1,2 million de personnes supplémentaires ont reçu un traitement antirétroviral capable de leur sauver la vie, portant à 5,25 millions le nombre total de personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen. En 2009, 53 % des femmes enceintes infectées par le VIH ont reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission de l'infection à leur enfant. D'importantes nouvelles données montrant les avantages secondaires du traitement antirétroviral dans la prévention de la transmission de l'infection à VIH sont maintenant disponibles. Des millions de vies ont été sauvées et des millions de nouveaux cas d'infection évités ; adultes et enfants bénéficient donc déjà dans le monde entier d'une combinaison d'interventions alliant prévention, traitement et prise en charge.

Mais un pourcentage élevé de personnes n'a toujours pas accès aux interventions dont elles ont besoin. Malgré les avancées importantes obtenues dans la prévention des nouveaux cas d'infection, 2,7 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2008. L'acceptation du test de dépistage du VIH a rapidement progressé ; pourtant, la majorité des personnes vivant avec le VIH ne connaît pas son statut par rapport à cette infection. La plupart commence donc un traitement à un stade avancé de la maladie. Dans de nombreux pays, la couverture des interventions de prévention demeure inférieure à 50 % pour les groupes à risque élevé d'être infectés par le VIH. À moins de 3 mois de l'échéance de décembre 2010, la plupart des pays à revenu faible ou moyen n'ont pas encore rempli leur engagement pour atteindre l'accès universel.

Paradoxalement, alors que la crise économique mondiale de 2008-2009 mettait en jeu la pérennité de nombreux programmes de lutte contre le VIH, jamais il n'y a eu autant de données montrant l'impact positif et croissant des investissements dans la lutte contre le VIH sur la réduction des nouvelles infections et des décès, et pour garantir aux personnes vivant avec le VIH une vie en bonne santé. Les progrès obtenus risquent d'être réduits à néant si les engagements financiers et programmatiques ne sont pas pérennisés et renforcés.

Pour résoudre ces difficultés, des mesures doivent être prises selon quatre orientations stratégiques : (i) étendre et optimiser la riposte mondiale au VIH, (ii) catalyser l'impact des programmes de lutte contre le VIH sur les autres résultats en matière de santé, (iii) renforcer les systèmes de santé en vue d'une riposte durable et complète, et (iv) agir sur les facteurs structurels qui peuvent entraver la riposte, y compris les violations des droits humains.

Faire plus, de façon plus stratégique

D'abord et avant tout, les avancées durement obtenues au cours de la dernière décennie doivent être maintenues et consolidées. Devant le chemin à parcourir d'ici 2015, il faut mettre la priorité sur l'amélioration des résultats en termes de prévention, de traitement et de prise en charge de l'infection à VIH. Améliorer le rapport coût-performance de la riposte mondiale au VIH implique d'accroître la qualité des prestations de service pour augmenter le taux de rétention sous traitement et dans les programmes de traitement antirétroviral, réduire le nombre de décès précoces et de perdus de vue, améliorer l'observance et prolonger de façon optimale l'utilisation de schémas thérapeutiques de première intention efficaces et moins coûteux. Cela exige une meilleure compréhension de l'épidémie, y compris des comportements qui favorisent sa propagation ou qui augmentent l'impact des différentes interventions de prévention. Il faut renforcer les liens et les systèmes d'orientation entre les différents programmes et des systèmes flexibles doivent être mis en œuvre afin d'identifier et de lever les obstacles à la réalisation des différentes actions entreprises. Pour améliorer le fonctionnement et l'efficacité, les donateurs et les partenaires du développement ont également un rôle majeur à jouer en garantissant un coût des transactions moins élevé, une plus grande harmonisation des efforts et un meilleur alignement avec les priorités des pays.

Simultanément, il est nécessaire de plaider en faveur d'investissements supplémentaires afin d'étendre la couverture des interventions essentielles. Les allocations budgétaires nationales destinées aux services anti-VIH doivent être considérablement augmentées dans les pays à revenu faible ou moyen. Au cours d'une conférence tenue en 2001 à Abuja (Nigéria) à l'initiative de l'Organisation de l'Unité Africaine, les États africains se sont engagés à allouer au moins 15 % de leur budget annuel au secteur de la santé (1). Si des avancées ont été enregistrées, les allocations doivent être encore augmentées en moyenne de plus de 50 % pour correspondre aux objectifs fixés à Abuja (2). Concomitamment, les pays à revenu élevé doivent réaffirmer leur engagement collectif vis-à-vis de l'accès universel, comme il avait été convenu par les dirigeants du G8 à Gleneagles en 2005 puis réaffirmé lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006 (3). Il est important que les ressources provenant de l'aide bilatérale et multilatérale des donateurs, des organismes de développement et de l'appui technique soient suffisantes pour appuyer adéquatement les plans d'extension des services de lutte contre le VIH dans les différents pays. En particulier, il est essentiel de conserver et d'améliorer ce qui a été accompli à ce jour en garantissant la troisième reconstitution des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Tirer parti du potentiel qu'offre la riposte mondiale au VIH pour obtenir des bénéfices plus larges dans les domaines de la santé et du développement

La durabilité et l'efficacité de la riposte mondiale au VIH dépendent des autres bénéfices qu'elle peut apporter dans le domaine de la santé et du développement, et de la manière dont ces bénéfices sont apportés. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, M. Ban Ki-moon, l'a récemment déclaré : l'accès à la prévention de l'infection à VIH ainsi que le traitement, la prise en charge et le soutien des malades constituent avant tout une passerelle nécessaire pour atteindre l'ensemble des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) (4). Pour aider à atteindre la plupart de ces objectifs, il est en effet essentiel de ralentir le rythme de survenue de nouvelles infections à VIH et de diminuer la morbidité et la mortalité liées à cette infection. En Afrique subsaharienne par exemple, plus de 25 % des décès chez les femmes en âge de procréer sont causés par l'infection à VIH ou la tuberculose (5). Pour la réalisation de l'OMD 5 – améliorer la santé des femmes –, il est indispensable de fournir aux malades une prise en charge et un traitement appropriés. Pour aider à atteindre l'OMD 4 – réduire la mortalité infantile –, il faut protéger les nouvelles générations de l'infection à VIH par une prévention efficace de la transmission mère-enfant. La poursuite de l'extension du traitement antirétroviral permettra en conséquence d'augmenter son impact sur la réduction de la transmission du VIH chez l'adulte et l'enfant. Le traitement antirétroviral a déjà contribué à diminuer à la fois l'incidence de la tuberculose et la mortalité qui lui est associée (voir encadré 4.14).

Le succès de la riposte au VIH permet aussi d'obtenir des avancées plus nombreuses dans le domaine du développement. La prévention et le traitement de l'infection à VIH permettent aux personnes de vivre en bonne santé, d'avoir une vie productive, d'accroître le résultat de leurs activités et de diminuer la vulnérabilité de leur foyer vis-à-vis de la pauvreté et de la faim. Ils permettent également aux enfants d'échapper à la condition d'orphelin, et donc de conserver leurs moyens de subsistance alors que la transmission de génération en génération du capital humain est maintenue. Ils aident aussi à conserver un nombre d'instituteurs suffisant pour garantir un enseignement primaire de qualité. Ils renforcent la position des femmes en révélant les inégalités entre les sexes et en agissant en faveur de la santé et des droits dans le domaine de la santé sexuelle et génésique. Si les efforts ne sont pas accrus, la plupart des pays ne parviendront pas à atteindre l'accès universel au traitement et à la prévention ainsi qu'à la prise en charge des malades, ce qui par contre-coup réduira de manière générale l'impact des investissements dans le domaine du développement.

Vers des systèmes de santé intégrés et renforcés

En attirant de nouvelles ressources financières indispensables pour la santé, en renforçant les capacités des systèmes en place et en introduisant, souvent pour la première fois là où les ressources sont limitées, des approches de prise en charge d'une maladie chronique, les programmes de lutte contre le VIH ont aidé à renforcer les systèmes de santé dans les pays. En Zambie par exemple, la proportion de femmes remplissant les critères d'admissibilité pour le traitement et commençant celui-ci a doublé depuis que le traitement antirétroviral a été intégré dans les consultations de santé maternelle et infantile existantes dans le secteur public de Lusaka (voir encadré 5.5). Néanmoins, il faut faire davantage pour garantir que les investissements de la riposte au VIH se traduisent par le renforcement des systèmes de santé au sens large.

Intégrer les services, les stratégies et les plans peut non seulement améliorer l'équité, l'accès et la couverture, mais aussi augmenter la qualité et l'efficacité de la prise en charge des malades. Pour réaliser ces synergies, les programmes de lutte contre le VIH doivent être mis en œuvre dans un cadre de soins de santé primaires capable de fournir des services intégrés qui traitent les multiples besoins du patient en assurant la continuité des soins. Ceci inclut les services de santé maternelle et infantile, la réduction des risques, et la prise en charge de la tuberculose, des infections sexuellement transmissibles et des hépatites virales. Pour garantir que les interventions proposées sont appropriées et délivrées au plus près possible des patients, et que ceux-ci les utilisent le plus largement possible, les communautés doivent être davantage impliquées dans la gestion des programmes et dans la fourniture des services.

Faire face aux barrières structurelles par une approche se fondant sur les droits

Une approche globale, qui cherche à la fois l'équité et l'efficacité, requiert que toutes les personnes qui en ont besoin soient capables d'avoir accès à la prévention, au traitement et à une prise en charge, y compris les populations et les groupes à risque élevé d'être infectés par le VIH, tels que les professionnel(le)s du sexe, les usagers de drogue par voie intraveineuse, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transsexuelles, les détenus et les migrants. Encore en 2010, le harcèlement et la discrimination poussent souvent ces groupes à vivre en marge de la société, hors d'atteinte des services de santé. Une plus grande attention doit être portée à la manière dont la loi et les valeurs sociales interagissent, ces interactions pouvant entraver l'accès aux

services de santé indispensables et compromettre le bon fonctionnement des programmes de lutte contre le VIH. Criminaliser la transmission de l'infection à VIH, les relations homosexuelles, le commerce du sexe et la consommation de drogues réduit l'efficacité des interventions destinées à prévenir la transmission de l'infection à VIH dans ces groupes, et rend certains individus beaucoup moins enclins à rechercher un traitement et une prise en charge susceptibles de leur sauver la vie. La pauvreté et la marginalisation sociale compliquent encore nombre de ces problèmes (6).

Répondre aux besoins de ces groupes à risque élevé d'être infectés par le VIH implique des mesures énergiques pour faire respecter leurs droits humains et pour préserver ces populations de la violence et de l'exclusion. Il faut concentrer les efforts pour faire cesser les lois répressives et créer un environnement légal permettant de prendre des mesures contre les violations des droits humains entravant aujourd'hui certaines des actions qui seraient efficaces pour

lutter contre le sida. La participation des communautés concernées et de la société civile dans la conception des politiques, la gestion des programmes et la prestation de service demeure un élément indispensable à la réussite de la riposte sous toutes ses formes.

Les actions à mener dans le cadre de la riposte mondiale au VIH sont encore loin d'être achevées. Faute d'un accès suffisant à la prévention, au traitement et à la prise en charge, des milliers de personnes sont infectées ou meurent encore chaque jour. L'accès universel ne sera pas une réalité partout dans le monde d'ici la fin 2010, mais les investissements placés dans la riposte mondiale contre l'infection à VIH se sont déjà révélés payants. Plus vite des services de qualité seront disponibles à grande échelle, plus les avancées sociales et économiques obtenues seront substantielles, avec une réduction du nombre d'infections, une diminution de la mortalité et des millions de personnes pouvant vivre plus longtemps et en bonne santé. 

Références

1. Organisation de l'Unité africaine. *Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes*. Sommet africain sur le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes, Abuja, Nigéria, 26-27 avril 2001. Union africaine, 2001 (OUA/SPS/Abuja/3).
2. *Trends in development assistance and domestic financing for health in implementing countries*. Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, 2010. (http://www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2010/Trends_in_Development_Assistance_and_Domestic_Financing_for_Health_in_Implementing_Countries.pdf, consulté en ligne le 8 septembre 2010).
3. Déclaration politique sur le VIH/sida – Résolution 60/262 de l'Assemblée générale des Nations Unies. Nations Unies, New York, 2006. (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_fr.pdf, consulté en ligne le 8 septembre 2010).
4. *Progress made in the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS – Rapport du Secrétaire Général*. New York, Nations Unies, avril 2010.
5. *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. (<http://www.who.int/gender/documents/9789241563857/fr/index.html>, consulté en ligne le 8 septembre 2010).
6. *Blâme et bannissement : l'épidémie souterraine de VIH touchant les enfants d'Europe de l'Est et d'Asie centrale* (disponible en anglais : *Blame and banishment. The underground HIV epidemic affecting children in Eastern Europe and Central Asia*). Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), 2010 (http://www.unicef.org/media/files/UNICEF_Blame_and_Banishment.pdf, consulté en ligne le 8 septembre 2010).

Annexe 1. Nombre déclaré d'établissements de soins assurant le conseil et le dépistage du VIH et nombre déclaré de personnes âgées de plus de 15 ans ayant effectué un test VIH et reçu un conseil dans les pays à revenu faible ou moyen en 2009

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Établissements de santé assurant le conseil et le dépistage du VIH en 2009		Nombre de personnes âgées de plus de 15 ans ayant effectué un test VIH et reçu un conseil en 2009 ^b		Période faisant l'objet du rapport
	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 100 000 adultes	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 1000 adultes	
Afghanistan	25	0.2	8 001	0.6	Janv. 09-Déc. 09
Afrique du Sud	4 326	15.8	6 989 312	256.1	Janv. 09-Déc. 09
Albanie	...	...	...	...	
Algérie	...	...	...	...	
Angola	285	3.3	...	...	
Argentine	7 856	38.7	...	...	
Arménie	150	9.2	70 955	43.7	Janv. 09-Déc. 09
Azerbaïdjan	...	...	...	...	
Bangladesh	105	0.1	26 369	0.3	Janv. 09-Déc. 09
Bélarus	1 070	20.9	...	...	
Belize	43	26.3	23 802	145.5	Janv. 09-Déc. 09
Bénin	126	3.0	280 982	67.0	Janv. 09-Déc. 09
Bhutan	34	8.8	...	...	
Bolivie (État plurinational de)	250	5.1	210 021	42.5	Janv. 09-Déc. 09
Bosnie-Herzégovine	40	2.1	20 369	10.5	Janv. 09-Déc. 09
Botswana	666	62.7	330 159 ^d	311.0	Janv. 09-Déc. 09
Brésil	3 579	3.4	...	...	
Bulgarie	...	...	...	...	
Burkina Faso	1 267	17.4	602 961	82.6	Janv. 09-Déc. 09
Burundi	319	7.4	281 959	65.6	Janv. 09-Déc. 09
Cambodge	233	2.9	622 127	77.2	Janv. 09-Déc. 09
Cameroun	2 025	21.4	450 022	47.6	Janv. 09-Déc. 09
Cap-Vert	205	76.5	25 075	93.5	Janv. 09-Déc. 09
Chili	844	9.3	560 147	61.5	Janv. 09-Déc. 09
Chine	7 335	1.0	...	...	
Colombie	...	...	...	...	
Comores	14	4.0	3 281	9.4	Janv. 09-Déc. 09
Congo	103	5.7	82 332	45.8	Janv. 09-Déc. 09
Costa Rica	1 106	43.3	...	...	
Côte d'Ivoire	550	5.5	727 290	72.5	Janv. 09-Déc. 09
Croatie	10	0.5	1 643	0.8	Janv. 09-Déc. 09
Cuba	378	6.2	1 888 065	310.7	Janv. 09-Déc. 09
Djibouti	28	6.1	14 154	31.1	Janv. 09-Déc. 09
Dominique	60	172.1	4 402	126.3	Janv. 09-Déc. 09
Égypte	...	...	...	...	
El Salvador	489	15.7	362 628	116.6	Janv. 09-Déc. 09
Équateur	1 263	18.0	403 263	57.3	Janv. 09-Déc. 09
Érythrée	...	...	132 829	52.2	Janv. 09-Déc. 09
Éthiopie	1 823	4.7	6 630 647	172.3	Janv. 09-Déc. 09
Ex-République yougoslave de Macédoine	14	1.3	...	...	
Fédération de Russie	...	...	...	...	
Fidji	31	7.0	27 865	63.3	Janv. 09-Déc. 09
Gabon	119	15.8	33 550	44.5	Janv. 09-Déc. 09
Gambie	34	4.2	47 549	66.0	Janv. 09-Oct. 09

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Établissements de santé assurant le conseil et le dépistage du VIH en 2009		Nombre de personnes âgées de plus de 15 ans ayant effectué un test VIH et reçu un conseil en 2009 ^b		Période faisant l'objet du rapport
	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 100 000 adultes	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 1000 adultes	
Géorgie	...	...	...	...	
Ghana	808	6.7	1 253 312	104.4	Janv. 09-Déc. 09
Grenade	38	65.9	...	...	
Guatemala	230	3.5	243 644	37.3	Janv. 09-Déc. 09
Guinée	83	1.8	74 090	15.8	Janv. 09-Déc. 09
Guinée équatoriale	80	24.6	24 256	74.6	Janv. 09-Déc. 09
Guinée-Bissau	62	8.4	24 871	33.8	Janv. 09-Déc. 09
Guyane	168	42.7	99 837 ^e	253.8	Janv. 09-Déc. 09
Haïti	167	3.3	681 002	132.8	Janv. 09-Déc. 09
Honduras	700	18.5	199 006	52.5	Janv. 09-Déc. 09
Hongrie	144	3.0	99 538	20.6	Janv. 09-Déc. 09
Îles Cook	...	...	...	...	
Îles Marshall	2	6.0	...	...	
Îles Maurice	193	27.1	33 744	47.4	Janv. 09-Déc. 09
Îles Salomon	...	...	...	...	
Inde	5 089	0.8	13 494 372	21.2	Janv. 09-Déc. 09
Indonésie	565	0.4	170 791 ^f	1.3	Janv. 09-Déc. 09
Irak	...	...	...	...	
Iran (République islamique d')	...	...	...	...	
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	
Jamaïque	343	24.3	...	...	
Jordanie	12	0.3	271	0.1	Janv. 09-Déc. 09
Kazakhstan	3 801	43.9	1 498 858	173.1	Janv. 09-Déc. 09
Kenya	4 115	21.3	4 433 557	230.0	Janv. 09-Déc. 09
Kirghizistan	25	0.8	172 106	56.9	Janv. 09-Déc. 09
Kiribati	9	17.0	5 957	112.7	Janv. 09-Déc. 09
Lesotho	239	23.8	25 1242	250.6	Janv. 09-Déc. 09
Lettonie	4 743	416.2	...	...	
Liban	19	0.8	...	...	
Libéria	114	6.1	80 295	43.0	Janv. 09-Déc. 09
Lituanie	758	45.2	...	...	
Madagascar	816	8.8	324 809	35.0	Janv. 09-Déc. 09
Malaisie	7 627	51.3	662 062	44.6	Janv. 09-Déc. 09
Malawi	728	10.7	1 449 645	213.7	Janv. 09-Déc. 09
Maldives	8	4.3	4 285	22.9	Janv. 09-Déc. 09
Mali	1 091	17.6	255 835	41.3	Janv. 09-Déc. 09
Maroc	...	...	...	...	
Mauritanie	...	...	9 498	5.7	Janv. 09-Déc. 09
Mexique	2 784	4.7	...	...	
Micronésie (États fédérés de)	...	...	...	...	
Mongolie	57	3.5	9 015	5.5	Janv. 09-Déc. 09
Monténégro	8	2.6	738	2.4	Janv. 09-Déc. 09
Mozambique	356	3.4	1 201 942	114.4	Janv. 09-Déc. 09
Myanmar	350	1.2	270 301	9.6	Janv. 09-Déc. 09
Namibie	264	23.4	249 011	221.0	Janv. 09-Déc. 09
Nauru	...	...	...	...	
Népal	179	1.2	125 400	8.3	Janv. 09-Déc. 09
Nicaragua	862	28.6	205 233	68.1	Janv. 09-Déc. 09

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Établissements de santé assurant le conseil et le dépistage du VIH en 2009		Nombre de personnes âgées de plus de 15 ans ayant effectué un test VIH et reçu un conseil en 2009 ^b		Période faisant l'objet du rapport
	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 100 000 adultes	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 1000 adultes	
Niger	321	5.0	358 071	55.6	Janv. 09-Déc. 09
Nigéria	1 074	1.5	2 570 386	35.1	Janv. 09-Déc. 09
Nioué	...	...	...	...	
Oman	61	3.7	605 755	368.0	Janv. 09-Déc. 09
Ouganda	1 215	8.5	2 363 468 ^d	165.1	Oct. 08-Sep. 09
Ouzbékistan	5 153	32.9	1 250 185	79.8	Janv. 09-Déc. 09
Pakistan	13	0.0	11 439	0.1	Janv. 09-Déc. 09
Palaos	...	...	...	...	
Panama	123	6.7	60 798	33.3	Janv. 09-Déc. 09
Papouasie-Nouvelle-Guinée	177	5.2	159 005	46.9	Janv. 09-Déc. 09
Paraguay	143	4.4	159 607	49.0	Janv. 09-Déc. 09
Pérou	5 096	32.6	...	...	
Philippines	82	0.2	10 110	0.2	Janv. 09-Déc. 09
Pologne	2 645	13.7	25 452	1.3	Janv. 09-Déc. 09
République arabe syrienne	...	...	...	...	
République centrafricaine	105	4.9	136 202	64.2	Janv. 09-Déc. 09
République de Moldova	56	2.9	86 558	45.1	Janv. 09-Déc. 09
République démocratique du Congo	538	1.8	392 491	17.7	Janv. 09-Oct. 09
République démocratique populaire lao	110	3.4	40 962	12.7	Janv. 09-Déc. 09
République dominicaine	150	2.8	259 110	49.1	Janv. 09-Déc. 09
République populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	
République-Unie de Tanzanie	2 134	10.6	1 970 324	98.3	Janv. 09-Déc. 09
Roumanie	120	1.1	280 510	25.8	Janv. 09-Déc. 09
Rwanda	395	8.0	1 932 420	393.8	Janv. 09-Déc. 09
Sainte-Lucie	39	40.3	1 629	16.8	Janv. 09-Déc. 09
Saint-Kitts-et-Nevis	...	...	...	...	
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	40	66.6	6 416	106.9	Janv. 09-Déc. 09
Samoa	...	...	...	...	
Sao Tomé-et-Principe	41	51.1	13 212	164.8	Janv. 09-Déc. 09
Sénégal	532	8.8	352 197	58.3	Janv. 09-Déc. 09
Serbie	52	1.1	53 399	11.0	Janv. 09-Déc. 09
Seychelles	27	58.3	10 808	233.4	Janv. 09-Déc. 09
Sierra Leone	416	15.2	281 218	102.7	Janv. 09-Déc. 09
Slovaquie	...	...	...	...	
Somalie	19	0.5	10 057 ^e	2.4	Janv. 09-Déc. 09
Soudan	210 ⁱ	1.0	103 373 ⁱ	4.9	Janv. 09-Déc. 09
Sri Lanka	47	0.4	...	...	
Suriname	59	21.2	19 276	69.3	Janv. 09-Déc. 09
Swaziland	170	28.5	149 755	251.3	Janv. 09-Déc. 09
Tadjikistan	231	6.3	285 831	78.5	Janv. 09-Déc. 09
Tchad	72	1.4	6 6191	13.1	Janv. 09-Déc. 09
Thaïlande	1 014	2.7	1 099 657	29.3	Janv. 09-Déc. 09
Timor-Leste	...	...	...	...	
Togo	225	6.9	166 887	51.1	Janv. 09-Déc. 09
Tonga	...	...	...	...	
Tunisie	2 430	40.9	13 915	2.3	Janv. 09-Déc. 09
Turkménistan	...	...	...	...	
Turquie	1 362	3.3	...	...	

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Établissements de santé assurant le conseil et le dépistage du VIH en 2009		Nombre de personnes âgées de plus de 15 ans ayant effectué un test VIH et reçu un conseil en 2009 ^b		Période faisant l'objet du rapport
	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 100 000 adultes	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 1000 adultes	
Tuvalu	...	...	...	...	
Ukraine	2 002	8.5	...	...	
Uruguay	...	...	...	...	
Vanuatu	...	...	...	...	
Venezuela (République bolivarienne du)	103	0.7	...	...	
Viet Nam	479	1.0	777 256	15.5	Janv. 09-Déc. 09
Yémen	20	0.2	7 525	0.7	Janv. 09-Déc. 09
Zambie	1 563	27.0	1 582 621	273.9	Janv. 09-Déc. 09
Zimbabwe	1 560	25.0	1 142 052	182.9	Janv. 09-Déc. 09

... Données non disponibles ou sans objet.

a Voir le classement des pays par catégorie de revenu, type d'épidémie et région géographique de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS (annexe 7).

b Ce nombre inclut en principe toutes les personnes âgées de 15 ans ou plus qui ont effectué un test VIH et reçu un conseil, toutes méthodes et situations confondues, y compris le conseil et le dépistage volontaire (CDV) et les consultations prénatales. Tous les pays ne sont pas en mesure de transmettre des données sur la totalité des situations.

c Certains pays ont transmis des données distinctes sur le dépistage en situation de conseil et de dépistage volontaire (CDV) et en situation de consultation prénatale ; les données ont été combinées dans ce tableau.

d Ne tient pas compte des données provenant de la totalité des réseaux de conseil et de dépistage volontaire (CDV) ; de plus, un nombre important de tests ont pu être répétés dans le cadre du dépistage systématique du secteur de la santé.

e Comprend toutes les personnes âgées de moins de 15 ans qui ont effectué un test VIH.

f Notification partielle des données.

g Comprend toutes les personnes âgées de plus de quatre ans chez qui un test VIH a été effectué.

h Seulement 80% des données ont été transmises.

i Des rapports distincts ont été adressés par le Soudan pour 2008 et 2009 ; établissements de soins assurant le conseil et le dépistage du VIH : 132 (2009) et 149 (2008) au nord du Soudan, 78 (2009) et 62 (2008) au sud du Soudan ; nombre de personnes ayant effectué un test VIH et reçu un conseil : 52 770 (2009) et 30 924 (2008) au nord du Soudan, 50 502 (2009) et 11 276 (2008) au sud du Soudan.

Annexe 2. Nombre déclaré de sites ciblés de dispensation de soins pour les professionnel(le)s du sexe où les services liés aux infections sexuellement transmissibles sont disponibles (pour 1000 professionnel(le)s du sexe) et prévalence de la syphilis parmi les femmes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals, par pays en 2009^a

Pays	Nombre de sites ciblés de dispensation de soins pour les professionnel(le)s du sexe, où les services liés aux infections sexuellement transmissibles sont disponibles (pour 1000 professionnel(le)s du sexe)	Prévalence de la syphilis parmi les femmes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals
Nombre de pays ayant transmis des données	51	77
Afghanistan	1.67	...
Afrique du Sud	...	3.91%
Allemagne	0.88	0.34%
Antigua-et-Barbuda	...	0.72%
Arabie saoudite	...	0.06%
Argentine	...	1.40%
Bangladesh	1.71	0.62%
Bélarus	0.41	0.06%
Bénin	2.79	0.28%
Bolivie (État plurinational de)	0.60	...
Botswana	...	1.31%
Brésil	...	1.60%
Burkina Faso	0.83	2.13%
Burundi	...	1.37%
Cambodge	1.70	0.13%
Cameroun	...	0.56%
Chili	2.83	0.15%
Chine	...	0.54%
Colombie	...	1.14%
Comores	4.00	...
Costa Rica	0.14	...
Côte d'Ivoire	3.30	0.18%
Cuba	...	0.77%
Djibouti	2.00	0.45%
Dominique	...	0.42%
El Salvador	6.19	0.29%
Équateur	2.50	...
Estonie	0.50	...
Ex-République yougoslave de Macédoine	0.33	...
Fidji	...	5.15%
Gabon	...	0.94%
Ghana	...	6.15%
Grenade	...	5.25%
Guatemala	2.84	0.55%
Guinée	0.52	1.52%
Guyane	...	0.17%
Honduras	1.84	0.07%

Pays	Nombre de sites ciblés de dispensation de soins pour les professionnel(le)s du sexe, où les services liés aux infections sexuellement transmissibles sont disponibles (pour 1000 professionnel(le)s du sexe)	Prévalence de la syphilis parmi les femmes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals
Hongrie	6.25	...
Îles Maurice	0.00	0.15%
Inde	5.57	0.35%
Indonésie	1.31	1.17%
Jordanie	5.00	0%
Kazakhstan	1.76	...
Kirghizistan	1.60	0.08%
Kiribati	6.67	5.61%
Lituanie	0.40	...
Madagascar	...	7.70%
Malaisie	0.12	0.07%
Malawi	...	1.12%
Maldives	...	0%
Mali	1.19	4%
Mexique	...	0.27%
Mongolie	0.43	1.97%
Mozambique	...	6.93%
Myanmar	1.88	0.74%
Namibie	...	2.32%
Népal	0.96	...
Nicaragua	0.25	0.45%
Niger	1.54	2.56%
Nigéria	...	1.50 %
Oman	...	0.04%
Ouzbékistan	1.15	0.02%
Panama	1.00	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	5.78%
Paraguay	...	3.43%
Pérou	1.15	0.33%
Philippines	0.33	0.24%
République centrafricaine	...	5.88%
République de Moldova	...	0.26%
République démocratique du Congo	...	1.98%
République démocratique populaire lao	16.23	0.76%
République dominicaine	0.20	0.36%
République tchèque	0.50	0.09%
République-Unie de Tanzanie	...	4.40%
Roumanie	...	1.62%

Pays	Nombre de sites ciblés de dispensation de soins pour les professionnel(le)s du sexe, où les services liés aux infections sexuellement transmissibles sont disponibles (pour 1000 professionnel(le)s du sexe)	Prévalence de la syphilis parmi les femmes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals
Royaume-Uni	...	0,17%
Rwanda	...	1,57%
Sao Tomé-et-Principe	14,39	0,36%
Sierra Leone	...	0,36%
Soudan	...	3,49%
Sri Lanka	1,15	0,02%
Swaziland	...	4,75%
Tchad	...	7,30%
Thaïlande	1,03	0,13%
Togo	2,00	1,10%
Trinité-et-Tobago	0,10	1,67%
Tunisie	10,80	...
Uruguay	9,33	...
Viet Nam	14,60	0,21%
Zambie	...	5,10%
Zimbabwe	...	0,59%

... Données non disponibles ou sans objet.

- a La période réelle couverte par la collecte des données peut varier bien que les données transmises concernent toutes l'année 2009. Il faut interpréter celles-ci avec précaution dans la mesure où les données peuvent ne pas être représentatives au point de vue national et du fait de la diversité des méthodologies employées par les pays.

Annexe 3. Personnes (tous groupes d'âge confondus) qui recevaient un traitement antirétroviral, qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral, et pourcentage de couverture, en 2008 et en 2009

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, en 2008 ^{b,c}	Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, en 2009 ^{b,c}	Mois et année du rapport	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2010, en 2009 ^{d,e}			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2006, en 2009 ^{d,e}			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2006, en 2009 ^{d,e}			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2006, en 2009 ^{d,f}			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon le rapport des pays, en 2009 ^g		
					Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute				
Afghanistan	0	Déc. 08	12	Déc. 09	...	2 600 000	2 500 000	2 800 000	37%	35%	39%	1 700 000	1 500 000	2 000 000	56%	48%	65%	...	1 630 000
Afrique du Sud	730 183 ¹	Déc. 08	971 556 ¹	Oct. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Albanie	110	Déc. 08	114	Déc. 09	...	6 000	4 500	8 000	25%	19%	34%	3 700	2 700	4 900	42%	31%	56%	...	...
Algérie	1111	Déc. 08	1526	Déc. 09	...	86 000	65 000	110 000	24%	19%	32%	59 000	43 000	79 000	35%	26%	48%	...	84 250
Angola	14 139 ¹	Déc. 08	20 640	Déc. 09	...	61 000	42 000	74000	70%	58%	>95%	50 000	37 000	58 000	86%	74%	>95%	...	...
Argentine	40 240 ¹	Déc. 08	42 815	Déc. 09	...	<1000	<1000	<1000	24%	20%	29%	<500	<500	<1000	39%	32%	47%	352	352
Arménie	100	Déc. 08	179	Déc. 09	...	1100	<1000	1400	21%	16%	29%	<1000	<500	<1000	36%	26%	51%	418	418
Azerbaïdjan	159	Déc. 08	238	Déc. 09	...	1500	<1000	2000	23%	17%	39%	<1000	<500	1200	40%	28%	71%	740	740
Bangladesh	283	Déc. 08	353	Déc. 09	...	6 000	4700	7800	29%	23%	37%	3700	3000	4500	48%	40%	59%	2 852	2 852
Bélarus	1249	Déc. 08	1776	Déc. 09	...	2100	1800	2500	40%	34%	47%	1500	1200	1800	57%	49%	69%	1 394	1 394
Belize	630	Déc. 08	855	Déc. 09	...	29 000	24 000	34 000	53%	45%	64%	21 000	17 000	26 000	72%	59%	88%	20 396	20 396
Bénin	12 078	Déc. 08	15 401	Déc. 09	...	<500	<200	<500	14%	10%	29%	<200	<100	<200	26%	16%	53%	...	...
Bhoutan	30	Déc. 08	...	Déc. 09	...	6 000	4700	7600	19%	15%	24%	3900	3100	5000	28%	22%	36%	5 050	5 050
Bolivie (État plurinational de)	758 ¹	Déc. 08	1115	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	50	50
Bosnie-Herzégovine	33	Déc. 08	38	Déc. 09	...	170 000	150 000	190 000	83%	77%	>95%	140 000	120 000	150 000	>95%	94%	>95%	161 706	161 706
Botswana	117 045	Déc. 08	145 190	Déc. 09	...	...	220 000	390 000	...	50%	89%	...	190 000	30 000	...	65%	>95%	...	...
Brazil	194 984 ¹	Déc. 08	...	Déc. 09	...	1 400	1100	1800	23%	18%	30%	<1000	<1000	1100	38%	29%	50%	...	...
Bulgarie	251	Déc. 08	327	Déc. 09	...	58 000	46 000	71 000	46%	37%	58%	44 000	34 000	55 000	60%	48%	77%	56 241	56 241
Burkina Faso	21103	Déc. 08	26 448	Déc. 09	...	91 000	79 000	100 000	19%	17%	22%	65 000	53 000	78 000	27%	23%	33%	57 438	57 438
Burundi	14 343	Déc. 08	17 661	Déc. 09	...	40 000	28 000	55 000	94%	68%	>95%	33 000	24 000	44 000	>95%	86%	>95%	40 483	40 483
Cambodge	31 999	Déc. 08	37 315	Déc. 09	...	270 000	230 000	310 000	28%	25%	33%	190 000	150 000	220 000	41%	34%	51%	164 070	164 070
Cameroon	59 960	Déc. 08	76 228	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cap-Vert	360	Déc. 08	611	Déc. 09	...	20 000	17 000	24 000	63%	53%	76%	16 000	12 000	19 000	81%	68%	>95%	15 520	15 520
Chili	10 904 ¹	Déc. 08	12 762	Déc. 09	...	...	170 000	350 000	...	19%	38%	...	97 000	210 000	...	31%	67%	190 000	190 000
Chine	48 254	Déc. 08	65 481	Déc. 09	...	95 000	79 000	120 000	17%	14%	21%	63 000	53 000	75 000	26%	22%	31%	22 924	22 924
Colombie	17 551 ¹	Déc. 08	16 302	Déc. 09	...	<100	<100	<100	18%	13%	24%	<100	<100	<100	29%	21%	40%	12	12
Comores	8	Déc. 08	12	Déc. 09	...	35 000	30 000	41 000	23%	19%	27%	25 000	20 000	30 000	33%	26%	41%	...	...
Congo	9 400	Déc. 08	7 998	Déc. 09	...	4 500	3100	6100	68%	50%	>95%	3500	2500	4800	86%	64%	>95%	...	...
Costa Rica	2 886 ¹	Déc. 08	3 064	Déc. 09	...	260 000	220 000	300 000	28%	24%	32%	180 000	150 000	220 000	39%	33%	47%	164 000	164 000
Côte d'Ivoire	51 820 ¹	Déc. 08	72 011	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, en 2008 ^{g,c}	Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, en 2009 ^{g,c}	Mois et année du rapport	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2010, en 2009 ^{g,d}			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2006, en 2009 ^g			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2006, en 2009 ^{g,e}				Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon le rapport des pays, en 2009 ^g	
					Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation			
	398	Déc. 08	441	Déc. 09	<1 000	<500	<1 000	80%	62%	>95%	<500	<1 000	>95%	75%	>95%	...
	3 999	Déc. 08	5 034	Déc. 09	3 500	2 900	4 100	>95%	>95%	>95%	2 900	3 400	>95%	>95%	>95%	5 034
	816	Déc. 08	913	Déc. 09	6 400	4 700	8 200	14%	11%	20%	4 300	5 700	21%	16%	29%	4 235
	36 ¹	Déc. 08	38	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	13
	291	Déc. 08	359	Déc. 09	3 300	1 600	3 000	11%	12%	22%	1 900	3 000	19%	12%	22%	1 500
	7 104	Déc. 08	8 348	Déc. 09	16 000	10 000	22 000	53%	38%	84%	13 000	16 000	66%	51%	>95%	...
	3 728	Déc. 08	5 538	Déc. 09	19 000	14 000	26 000	30%	21%	40%	16 000	22 000	36%	25%	54%	13 128
	4 299 ¹	Déc. 08	4 955	Déc. 09	14 000	10 000	18 000	37%	28%	49%	9 700	13 000	51%	39%	68%	7 182
	132 379	Déc. 08	176 632	Déc. 09	^h ...	280 000	390 000	...	45%	62%	^h ...	200 000	310 000	...	58%	33 6160
	23	Déc. 08	24	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	442
	54 900	Déc. 08	75 900	Déc. 09	^h ...	320 000	460 000	...	16%	24%	^h ...	180 000	280 000	...	27%	79 116
	39	Déc. 08	52	Nov. 09	<200	<200	<500	30%	23%	40%	<200	<200	52%	38%	73%	...
	7 773	Déc. 08	9 976	Déc. 09	21 000	16 000	26 000	47%	38%	61%	15 000	19 000	66%	53%	86%	14 258
	770	Déc. 08	921	Sept. 09	5 000	3 100	7 300	18%	13%	30%	3 300	5 000	28%	18%	45%	1 500
	498	Déc. 08	655	Déc. 09	1 000	<1 000	1 300	65%	51%	91%	<1 000	<1 000	>95%	77%	>95%	686
	21 548 ¹	Déc. 08	30 265	Déc. 09	130 000	110 000	150 000	24%	21%	28%	85 000	100 000	36%	29%	44%	70 988
	46 ¹	Déc. 08	54	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	59
	9 694	Déc. 08	10 362	Déc. 09	24 000	18 000	31 000	44%	33%	59%	16 000	21 000	63%	48%	84%	14 966
	9 212	Déc. 08	14 999	Déc. 09	38 000	30 000	46 000	40%	32%	50%	27 000	35 000	56%	43%	74%	22 500
	839	Déc. 08	1 645	Déc. 09	6 600	4 700	8 800	25%	19%	35%	4 300	6 000	39%	27%	58%	3 108
	1 832 ¹	Déc. 08	2 764	Déc. 09	9 100	7 300	11 000	30%	25%	38%	6 000	7 600	46%	36%	59%	5 885
	2 473	Déc. 08	2 832	Déc. 09	2 900	1 700	4 200	>95%	68%	>95%	2 700	3 700	>95%	76%	>95%	3 390
	19 990 ¹	Déc. 08	26 007	Déc. 09	60 000	49 000	71 000	43%	37%	53%	43 000	52 000	61%	50%	76%	38 491
	6 288	Déc. 08	7 075	Déc. 09	21 000	16 000	27 000	33%	26%	44%	15 000	18 000	47%	38%	61%	13 356
	559 ¹	Déc. 08	547	Déc. 09	2 100	1 600	2 600	27%	21%	34%	1 600	2 000	35%	28%	44%	...
	1	Déc. 08	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
	4	Déc. 08	4	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	8
	491 ¹	Janv. 08	652	Déc. 09	2 900	2 200	3 800	22%	17%	30%	1 700	2 300	38%	28%	51%	1 587
	3 ¹	Déc. 08	4	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	4
	234 581 ¹	Déc. 08	320 074 ¹	Déc. 09	^h ...	1100 000	1 400 000	...	23%	28%	^h ...	580 000	890 000	36%	55%	580 000

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, en 2008 ^{b,c}	Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, en 2009 ^{b,c}	Mois et année du rapport	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2010, en 2009 ^{d,e}			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, selon les lignes directrices de l'OMS de 2006, en 2009 ^b			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2006, en 2009 ^{d,e}			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon le rapport des pays, en 2009 ^f		
					Estimation basse	Estimation haute	Mois et année du rapport	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute			
Indonésie	10 606 ¹	Déc. 08	15 442	Nov. 09	73 000	50 000	110 000	21%	14%	31%	45 000	26 000	64 000	34%	58%	40 200
Irak	4	Déc. 08	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Iran (République islamique d')	878	Sept. 08	1 486	Janv. 10	40 000	33 000	48 000	4%	3%	4%	23 000	18 000	29 000	6%	5%	16 540
Jamahiriya arabe libyenne	1 000	Déc. 07	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaïque	4 444 ¹	Déc. 08	7 244	Déc. 09	16 000	12 000	20 000	46%	36%	62%	11 000	8 500	13 000	67%	55%	14 000
Jordanie	58	Déc. 08	63	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	707	Déc. 08	1 035	Janv. 10	3 800	2 600	5 400	27%	19%	40%	2 300	1 600	3 300	45%	31%	1900
Kenya	250 576 ¹	Déc. 08	336 980	Déc. 09	710 000	610 000	800 000	48%	42%	55%	520 000	430 000	610 000	65%	55%	555 000
Kirghizistan	89	Déc. 08	231	Janv. 10	1 900	<1 000	2 700	12%	9%	24%	1 000	<1 000	1 600	22%	15%	450
Kiribati	6	Déc. 08	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Lesotho	45 262	Déc. 08	61 736	Déc. 09	130 000	110 000	140 000	48%	43%	54%	90 000	75 000	110 000	68%	58%	122 818
Lettonie	334	Déc. 08	439	Déc. 09	3 600	2 700	4 600	12%	9%	16%	2 100	1 600	2 800	21%	16%	...
Liban	285 ¹	Déc. 08	354	Déc. 09	1 900	1 500	2 500	18%	14%	24%	1 200	<1 000	1 600	29%	22%	1171
Libéria	2 017 ¹	Déc. 08	2 970	Déc. 09	22 000	17 000	27 000	14%	11%	17%	15 000	11 000	19 000	20%	15%	10 023
Lituanie	127	Déc. 08	145	Déc. 09	<1 000	<500	<1 000	27%	21%	34%	<500	<500	<500	42%	32%	274
Madagascar	162	Déc. 08	214	Déc. 09	10 000	8 300	12 000	2%	2%	3%	6 000	4 900	7 600	4%	3%	5 000
Malaisie	8 197	Déc. 08	9 962	Mars 10	43 000	34 000	55 000	23%	18%	29%	26 000	22 000	31 000	38%	32%	20 977
Malawi	147 497 ¹	Déc. 08	198 846	Déc. 09	440 000	370 000	500 000	46%	40%	53%	310 000	260 000	370 000	63%	53%	305 805
Maldives	2	Déc. 08	3	Déc. 09	<100	<100	<100	17%	14%	23%	<100	<100	<100	28%	22%	71
Mali	16 475 ¹	Déc. 08	21 100	Déc. 09	42 000	34 000	51 000	50%	41%	61%	32 000	26 000	40 000	65%	53%	31 410
Maroc	2 207	Déc. 08	2 647	Déc. 09	9 800	7 500	13 000	27%	21%	35%	6 300	4 900	8 100	42%	33%	5 266
Mongolie	5	Déc. 08	9	Déc. 09	<200	<100	<200	8%	6%	15%	<100	<100	<100	15%	10%	53
Monténégro	25	Déc. 08	31	Mar 10	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	388
Maroc	2 207	Déc. 08	2 647	Déc. 09	9 800	7 500	13 000	27%	21%	35%	6 300	4 900	8 100	42%	33%	5 266
Mauritanie	1 072 ¹	Déc. 08	1 401	Déc. 09	5 700	4 700	6 900	25%	20%	30%	3 500	2 800	4 300	41%	33%	2 790
Mexique	55 599 ¹	Déc. 08	60 911	Déc. 09	110 000	89 000	130 000	54%	46%	68%	86 000	69 000	98 000	71%	62%	74 000
Micronésie (États fédérés de)	2 ¹	Déc. 08	5	Déc. 09	...	...	<200	...	...	...	...	<100	<100	...	...	5
Mongolie	5	Déc. 08	9	Déc. 09	<200	<100	<200	8%	6%	15%	<100	<100	<100	15%	10%	53
Monténégro	25	Déc. 08	31	Mars 10	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	388
Mozambique	128 330	Déc. 08	170 198	Déc. 09	570 000	500 000	650 000	30%	26%	34%	380 000	310 000	470 000	45%	36%	445 672
Myanmar	15 191	Déc. 08	21 138	Déc. 09	120 000	98 000	140 000	18%	15%	22%	75 000	60 000	89 000	28%	24%	74 058
Namibie	59 376	Déc. 08	70 498	Sept. 09	93 000	77 000	110 000	76%	62%	92%	70 000	56 000	86 000	>95%	82%	76 727

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, en 2008 ^{b,c}		Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, en 2009 ^{b,c}		Mois et année du rapport	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2010, en 2009 ^{d,e}				Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2006, en 2009 ^b				Estimation de la couverture du traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2006, en 2009 ^{d,e}				Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon le rapport des pays, en 2009 ^f
	Estimation basse	Estimation haute		Estimation basse	Estimation haute		Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute				
Nauru	0		Déc. 08	...			...			...			...			...		...	
Népal	1 992 ¹		Juil. 08	3 226		Juil. 09	31 000	26 000	36 000	11%	9%	13%	19 000	16 000	23 000	17%	14%	21%	16 950
Nicaragua	744 ¹		Déc. 08	1 063		Déc. 09	2 600	2 100	3 300	40%	32%	51%	1 700	1 400	2 200	62%	49%	79%	1 580
Niger	2 846		Déc. 08	6 445		Déc. 09	29 000	26 000	31 000	22%	21%	25%	19 000	15 000	23 000	33%	28%	42%	16 738
Nigéria	238 659		Déc. 08	302 973		Déc. 09	1 400 000	1 200 000	1 700 000	21%	18%	25%	990 000	790 000	1 200 000	31%	25%	38%	882 139
Noué	0		Déc. 08	...			...			...			...			...		...	...
Oman	412		Déc. 08	486		Déc. 09	<500	<500	<1 000	>95%	83%	>95%	<500	<200	<500	>95%	>95%	>95%	513
Ouganda	153 718		Sept. 08	200 413		Sept. 09	520 000	430 000	600 000	39%	33%	46%	380 000	300 000	450 000	53%	44%	67%	373 383
Ouzbékistan	1 200		Déc. 08	1 753		Déc. 09	...	...		...			...	...		...			2 850
Pakistan	875 ¹		Déc. 08	1 320		Déc. 09	36 000	27 000	48 000	4%	3%	5%	21 000	16 000	27 000	6%	5%	8%	13 422
Palaos	3		Déc. 08	3		Déc. 09	...			...			...			...			...
Panama	3 972 ¹		Déc. 08	4 463		Déc. 09	12 000	8 200	22 000	37%	21%	54%	8 400	6 100	14 000	53%	32%	73%	20 836
Papouasie-Nouvelle-Guinée	5 195		Déc. 08	6 751		Déc. 09	13 000	10 000	16 000	52%	42%	65%	8 800	6 500	11 000	77%	59%	>95%	9 061
Paraguay	1 613		Déc. 08	2 073		Déc. 09	5 600	4 200	7 400	37%	28%	49%	3 600	2 900	4 500	57%	46%	70%	3 066
Pérou	10 232 ¹		Déc. 08	14 780		Déc. 09	40 000	33 000	48 000	37%	31%	44%	26 000	22 000	31 000	57%	47%	67%	20 201
Philippines	532		Déc. 08	750		Déc. 09	2 000	1 000	2 800	37%	27%	75%	1 300	<1 000	1 800	60%	42%	>95%	919
Pologne	3 822		Déc. 08	4 329		Déc. 09	20 000	14 000	27 000	22%	16%	31%	17 000	12 000	22 000	26%	19%	35%	5 000
République arabe syrienne	73 ¹		Déc. 08	99		Déc. 09	...			...			...			...			...
République centrafricaine	10 551 ¹		Déc. 08	14 474		Déc. 09	74 000	64 000	85 000	19%	17%	23%	51 000	41 000	61 000	28%	24%	35%	40 334
République de Moldova	682		Déc. 08	984		Déc. 09	5 800	4 800	7 200	17%	14%	20%	3 500	2 900	4 400	28%	22%	34%	2 780
République démocratique du Congo	24 645 ¹		Déc. 08	34 967		Déc. 09	...	...	...	...	14%	21%	...	110 000	180 000	...	20%	32%	283 055
République démocratique populaire lao	1 009		Déc. 08	1 345		Déc. 09	2 000	1 200	2 800	67%	48%	>95%	1 300	<1 000	1 900	>95%	71%	>95%	1 461
République dominicaine	11 072 ¹		Déc. 08	13 785		Déc. 09	29 000	25 000	34 000	47%	41%	55%	22 000	18 000	25 000	64%	55%	77%	19 410
République populaire démocratique de Corée	0		Déc. 06	...			<1 000	<1 000	<1 000	0%	0%		<500	<500	<1 000	0%		...	...
République-Unie de Tanzanie	154 468		Déc. 08	199 413		Déc. 09	660 000	580 000	750 000	30%	27%	34%	450 000	380 000	550 000	44%	36%	53%	361 295
Roumanie	7 434		Déc. 08	7 244		Déc. 09	9 000	5 300	13 000	81%	55%	>95%	7 700	4 700	10 000	95%	71%	>95%	7 244
Rwanda	63 149		Déc. 08	76 726		Déc. 09	88 000	71 000	100 000	88%	74%	>95%	72 000	55 000	88 000	>95%	87%	>95%	104 900
Sainte-Lucie	85 ¹		Déc. 08	124		Déc. 09	...			...			...			...			134
Saint-Kitts-et-Nevis	...			...			...			...			...			...			...
Saint-Vincent-et-les-Grénadines	120 ¹		Déc. 08	162		Déc. 09	...			...			...			...			182

	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, en 2008 ^c	Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, en 2009 ^c	Mois et année du rapport	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2010, en 2009 ^d			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2006, en 2009 ^e			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2006, en 2009 ^g			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon le rapport des pays, en 2009 ^g			
					Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation		Estimation basse	Estimation haute	
Samoa	8	Déc. 08	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...			
Sao Tomé-et-Principe	109	Déc. 08	169	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1096			
Sénégal	9 252 ¹	Déc. 08	12 249	Déc. 09	24 000	20 000	28 000	51%	43%	62%	17 000	13 000	21 000	72%	58%	92%	16 198
Serbie	842	Déc. 08	790	Déc. 09	2 100	1 600	2 700	38%	30%	51%	1 400	1 100	1 800	55%	44%	75%	950
Seychelles	113	Déc. 08	139	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	146
Sierra Leone	1 950 ¹	Fév. 09	3 660	Déc. 09	20 000	16 000	24 000	18%	15%	23%	13 000	9 400	16 000	29%	22%	39%	7 277
Slovaquie	97	Déc. 08	...	...	<200	<200	<500	62%	46%	86%	<200	<100	<200	78%	56%	>95%	...
Somalie	413	Déc. 08	578	Déc. 09	10 000	7 300	13 000	6%	4%	8%	6 300	4 200	8 700	9%	7%	14%	5 213
Soudan	1 151 ¹	Déc. 08	3 825 ¹	Déc. 09	74 000	60 000	90 000	5%	4%	6%	46 000	34 000	61 000	8%	6%	11%	45 466
Sri Lanka	142 ¹	Déc. 08	207	Déc. 09	1100	<1000	1400	20%	15%	26%	<1000	<500	<1000	33%	24%	45%	510
Suriname	858 ¹	Déc. 08	996	Juil. 09	1900	1400	2600	53%	39%	72%	1300	1000	1700	76%	57%	>95%	...
Swaziland	32 701	Déc. 08	47 241	Déc. 09	80 000	71 000	88 000	59%	53%	66%	56 000	47 000	65 000	85%	72%	>95%	52 965
Tadjikistan	138 ¹	Déc. 08	322	Déc. 09	3 000	2 300	3 900	11%	8%	14%	1700	1 300	2 300	19%	14%	25%	579
Tchad	17 900 ¹	Oct. 08	32 288	Déc. 09	90 000	73 000	110 000	36%	30%	44%	61 000	47 000	79 000	53%	41%	68%	66 000
Thaïlande	185 086 ¹	Sept. 08	21 618	Sept. 09	350 000	28 0000	440 000	61%	50%	78%	290 000	230 000	350 000	76%	62%	95%	28 5271
Timor-Leste	29	Déc. 08	31	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	151
Togo	11 211	Déc. 08	16 710	Déc. 09	58 000	44 000	73 000	29%	23%	38%	40 000	29 000	51 000	42%	33%	57%	33 030
Tonga	2	Déc. 08	...	...	-	<1000	1000	...	...	...	...	<500	<1000	79%	60%	>95%	...
Tunisie	326 ¹	Déc. 08	412	Déc. 09	<1000	<1000	1000	53%	41%	72%	<1000	<500	<1000	79%	60%	>95%	470
Turkménistan	0	Déc. 08	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Turquie	900	Déc. 08	1000	Déc. 09	1600	1200	2100	62%	48%	84%	1100	<1000	1500	90%	67%	>95%	1400
Tuvalu	1	Déc. 08	1	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...
Ukraine	10 629 ¹	Déc. 08	15 871	Déc. 09	160 000	140 000	190 000	10%	9%	11%	99 000	85 000	110 000	16%	14%	19%	33 016
Uruguay	...	...	2 510	Déc. 09	5 100	4 300	6 100	49%	41%	59%	3 700	3 100	4 400	67%	57%	81%	3 018
Vanuatu	2	Déc. 08	2	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2	...
Venezuela (République bolivarienne du)	27 240 ¹	Déc. 08	32 302	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	161 510	...
Viet Nam	25 597	Déc. 08	37 995	Déc. 09	110 000	84 000	150 000	34%	26%	45%	85 000	67 000	110 000	45%	35%	56%	67 047
Yémen	189	Déc. 08	274	Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3 150	...
Zambie	219 576 ¹	Déc. 08	283 863	Déc. 09	440 000	380 000	510 000	64%	56%	75%	330 000	270 000	390 000	85%	72%	>95%	416 533
Zimbabwe	148 144 ¹	Déc. 08	218 589	Fév. 10	640 000	580 000	72 0000	34%	30%	38%	450 000	390 000	520 000	49%	42%	57%	389 895

Pays à revenu élevé ^a	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, 2005-2008	Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, en 2009	Mois et année du rapport
Allemagne	36 500	Déc. 08	37 000	Jun 09
Andorre	25	Déc. 07	...	
Antigua-et-Barbuda	148	Sept. 07	98	Déc. 09
Arabie saoudite	865	Déc. 08	...	
Australie	9 933	Déc. 07	...	
Autriche	2 250	Déc. 08	1 800	Sept. 09
Bahamas	1 244	Sept. 07	1 506	Déc. 09
Bahreïn	...		...	
Barbade	719	Déc. 08	804	Déc. 09
Belgique	6 928	Déc. 07	...	
Brunei Darussalam	10	Déc. 08	15	Janv. 10
Canada	27 000	Déc. 08	...	
Chypre	151	Déc. 07	187	Déc. 09
Danemark	3 000	Déc. 08	3 000	Oct. 09
Émirats arabes unis	59	Sept. 07	...	
Espagne	82 710	Déc. 08	79 500	Déc. 09
Estonie	772	Déc. 07	1 263	Déc. 09
États-Unis d'Amérique	268 000	<05 ^b	...	
Finlande	450	Août 06	...	
France	79 680	Déc. 08	...	
Grèce	3 746	Déc. 07	...	
Irlande	1 600	Déc. 05	...	

... Données non disponibles ou sans objet.

a Voir le classement des pays par catégorie de revenu, type d'épidémie et région géographique de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS (annexe 7).

b L'annexe 4 donne des données sur le traitement antirétroviral en fonction de l'âge et du sexe.

c Quand elles étaient disponibles, les données provenant du secteur privé ont été incluses dans le nombre total de personnes sous traitement ; seules l'Afrique du Sud et l'Inde ont précisé combien de personnes, sur le nombre total de personnes sous traitement antirétroviral, recevaient ce traitement par le biais d'un établissement de santé privé.

d Les estimations des besoins sont calculées selon les méthodes décrites dans les notes explicatives et dans les encadrés 4.1 et 4.2.

e Les estimations de couverture sont basées sur les estimations non arrondies du nombre de personnes qui recevaient un traitement antirétroviral et sur les estimations non arrondies du nombre de personnes qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral (selon la méthodologie de l'ONUSIDA et de l'OMS). Les fourchettes des estimations de couverture sont basées sur les limites de plausibilité du dénominateur, soit l'estimation haute et l'estimation basse des besoins.

f Les valeurs de 2008 ont été mises à jour. Voir l'annexe de l'année dernière (http://www.who.int/entity/hiv/data/tuap2009_annex1.xls).

g Pour les seuls établissements de santé du secteur public, le nombre déclaré était 919 923 ; il a été fourni par le Département de la santé à partir des données de surveillance systématique. La majorité de ces établissements de santé déclarent les personnes recevant actuellement un traitement. La principale organisation de gestion des maladies liées au sida, l'Aid for AIDS (Aide pour le sida), a déclaré suivre 51 633 patients sous traitement en 2009 ; le gouvernement estime que ce chiffre représente la majorité des personnes sous traitement et dépendant du secteur privé.

h Les estimations du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral sont en cours de examen et seront ajustées, si nécessaire, en fonction du recueil et de l'analyse des données en cours.

i En décembre 2009, le gouvernement a signalé que 285 074 personnes recevaient un traitement antirétroviral par le biais du secteur public. Les estimations indiquaient que 35 000 autres recevaient un traitement par le biais du secteur privé non structuré, un chiffre similaire à celui de 2008.

Globalment, les estimations montrent que 320 074 personnes recevaient un traitement antirétroviral à la fin de l'année 2009, en comptant celles inscrites dans les établissements de santé privés.

j Deux rapports distincts ont été adressés par le Soudan pour 2009 : 1996 pour le nord du Soudan ; 1829 pour le sud du Soudan. Le chiffre 1151 pour l'année 2008 ne concerne que le nord du Soudan.

k « < 05 » indique qu'il existe des données mais qu'aucune mise à jour n'a été reçue depuis décembre 2004. Ces données doivent être interprétées avec précaution, car elles correspondent à la situation qui prévalait au début de l'année 2004, voire même en 2003.

Pays à revenu élevé ^a	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, 2005-2008	Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, en 2009	Mois et année du rapport
Islande	100	<05 ^b	...	
Israël	2 876	Déc. 08	...	
Italie	95 000	Déc. 08	...	
Japon	48	Déc. 06	94	Mars 09
Koweït	...		131	Déc. 09
Luxembourg	344	Déc. 08	434	Déc. 09
Malte	65	Jun 07	100	Déc. 09
Monaco	45	Déc. 05	...	
Norvège	900	Déc. 05	...	
Nouvelle-Zélande	...		1 204	Jun 09
Pays-Bas	7 919	Avril 07	...	
Portugal	12 366	Déc. 08	18 107	Déc. 09
Qatar	...		70	Janv. 09
République de Corée	...		...	
République tchèque	570	Jun 07	706	Oct. 09
Royaume-Uni	39 556	Déc. 07	39 704	Déc. 09
Saint-Marin	...		...	
Singapour	...		...	
Slovenie	157	Jul. 07	...	
Suède	2 800	Déc. 06	4 185	Déc. 09
Suisse	...		...	
Trinité-et-Tobago	3 172	Déc. 08	2 639	Déc. 09

Annexe 4. Nombre déclaré de personnes qui recevaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen en fonction du sexe et de l'âge, et estimation du nombre d'enfants qui recevaient un traitement et qui avaient besoin de ce traitement, et pourcentages de couverture, en 2009

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes de sexe masculin et de personnes de sexe féminin recevant un traitement antirétroviral				Nombre déclaré d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral				Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS, en 2009 ^b				Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, en décembre 2009 ^c		
	Mois et année du rapport	Sexe masculin	% du total	Sexe féminin	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+15)	% du total	Enfants (< 15)	% du total	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	
Afghanistan		...		...		Déc. 09	12	100%	0	0%	...	...	...	...	
Afrique du Sud	Oct. 09 ^d	349 967	35%	649 939	65%	Oct. 09	885 286	91%	86 270	9%	160 000	210 000	54%	41%	94%
Albanie		...		...		Déc. 09	99	87%	15	13%	...	...	...	...	
Algérie	Déc. 09 ^d	762	51%	739	49%	Déc. 09	1 429	94%	97	6%	...	<100	...	36%	>95%
Angola	Déc. 08 ^d	2 444	31%	5 440	69%	Déc. 09	19 092	93%	1 548	8%	12 000	18 000	13%	8%	25%
Argentine	Déc. 08 ^d	26 791	64%	15 250	36%	Déc. 08 ^e	40 041	95%	2 000	5%	...	<500	...	>95%	>95%
Arménie	Déc. 09	114	64%	65	36%	Déc. 09	172	96%	7	4%	...	<100	...	54%	>95%
Azerbaïdjan	Déc. 09	178	75%	60	25%	Déc. 09	235	99%	3	1%	...	<100	...	3%	9%
Bangladesh		...		...		Déc. 08 ^e	277	98%	6	2%	...	<100	...	6%	16%
Biélorus	Déc. 09	1 032	58%	744	42%	Déc. 09	1 681	95%	95	5%	...	<100	...	77%	>95%
Belize	Déc. 09	444	52%	411	48%	Déc. 09	775	91%	80	9%	...	<200	...	28%	66%
Bénin	Déc. 09	6 468	42%	8 933	58%	Déc. 09	14 266	93%	1 135	7%	2 700	1 500	41%	28%	77%
Bhoutan	Déc. 08	14	47%	16	53%	Déc. 08	29	97%	1	3%	...	<100	...	8%	33%
Bolivie (État plurinational de)	Déc. 09	721	65%	394	35%	Déc. 09	1 065	96%	50	4%	...	<1 000	...	8%	28%
Bosnie-Herzégovine	Déc. 09 ^d	26	70%	11	30%	Déc. 09	37	97%	1	3%	...	...	...	...	
Botswana	Déc. 09	56 566	39%	88 624	61%	Janv. 09	136 700	94%	8 490	6%	9 400	11 000	90%	76%	>95%
Brazil	Déc. 08 ^d	106 769	57%	79 867	43%	Déc. 08 ^d	178 697	96%	7 939	4%	...	12 000	...	65%	>95%
Bulgarie	Déc. 09	223	68%	104	32%	Déc. 09	324	99%	3	1%	...	<100	...	10%	33%
Burkina Faso	Déc. 09	8 609	33%	17 839	67%	Déc. 09	25 094	95%	1 354	5%	8 000	12 000	17%	11%	35%
Burundi	Déc. 09	5 869	33%	11 792	67%	Déc. 09	16 065	91%	1 596	9%	14 000	20 000	11%	8%	19%
Cambodge	Déc. 09	17 873	48%	19 442	52%	Déc. 09	33 677	90%	3 638	10%	...	6 100	...	60%	>95%
Cameroun	Déc. 09	25 196	33%	51 032	67%	Déc. 09 ^e	73 114	96%	3 114	4%	28 000	41 000	11%	8%	20%
Cap-Vert	Déc. 09	272	45%	339	55%	Déc. 09	574	94%	37	6%	...	...	...	...	
Chili	Déc. 09	10 376	81%	2 386	19%	Déc. 08 ^e	10 865	98%	186	2%	...	<1 000	...	21%	59%
Chine	Déc. 09 ^d	38 350	59%	26 659	41%	Déc. 09	63 887	98%	1 594	2%	...	7 600	...	21%	74%
Colombie	Déc. 09	12 254	75%	4 043	25%		...		...		...	3 400	...	<1%	<1%

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes de sexe masculin et de personnes de sexe féminin recevant un traitement antirétroviral					Nombre déclaré d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral					Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS, en 2009 ^b				Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, en décembre 2009 ^c		
	Mois et année du rapport	Sexe masculin	% du total	Sexe féminin	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+15)	% du total	Enfants (< 15)	% du total	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation haute
Comores	Déc. 09	6	50%	6	50%	Janv. 09	11	92%	1	8%	...	<100	...	<100	14%	50%	50%
Congo	Déc. 08 ^{4e}	3 565	40%	5 347	60%	Déc. 08 ^e	8 912	95%	488	5%	4 000	2 000	...	5 900	12%	8%	24%
Costa Rica		...		...		Déc. 09	3 003	98%	61	2%	...	<100	...	<200	33%	>95%	>95%
Côte d'Ivoire	Déc. 09	21 603	30%	50 408	70%	Déc. 09	67 662	94%	4 349	6%	29 000	14 000	...	42 000	15%	10%	30%
Croatie	Déc. 09	366	83%	75	17%	Déc. 09	438	99%	3	1%	...	<100	...	<100	30%	>95%	>95%
Cuba	Déc. 09	4 027	80%	11 007	20%	Déc. 09	5 014	100%	20	0%	...	<100	...	<100	22%	59%	59%
Djibouti	Déc. 09	451	49%	462	51%	Déc. 09	889	97%	24	3%	<1 000	<500	...	<1 000	4%	2%	8%
Dominique	Déc. 09 ⁴	10	91%	1	9%	Déc. 09	37	97%	1	3%	...	...	...	...	...	...	...
Égypte		...		...		Déc. 09	332	92%	27	8%	...	<100	...	<500	12%	36%	36%
El Salvador	Déc. 08 ^e	4 262	60%	2 842	40%	Déc. 09	8 048	96%	300	4%	...	1 100	...	1 500	20%	28%	28%
Équateur		...		...		Déc. 09	5 131	93%	407	7%	...	<500	...	1 000	39%	>95%	>95%
Érythrée	Déc. 09	2 153	43%	2 802	57%	Déc. 09	4 631	93%	324	7%	1 500	<1 000	...	2 400	21%	14%	45%
Éthiopie	Déc. 09 ⁴	90 527	45%	111 693	55%	Déc. 09	166 640	94%	9 992	6%	...	27 000	...	74 000	...	14%	38%
Ex-République yougoslave de Macédoine	Déc. 09	18	75%	6	25%	Déc. 09	23	96%	1	4%	...	...	...	...	...	...	...
Fédération de Russie		...		...		Déc. 08 ^e	52 902	96%	1 998	4%	...	3 400	...	12 000	17%	60%	60%
Fidji	Nov. 09	25	48%	27	52%	Nov. 09	51	98%	1	2%	...	<100	...	<100	20%	>95%	>95%
Gabon	Déc. 09	3 492	35%	6 484	65%	Déc. 09	9 701	97%	275	3%	1 600	<1 000	...	2 500	17%	11%	34%
Gambie		...		...		Déc. 08 ^e	461	60%	309	40%	...	<500	...	1 300	25%	88%	88%
Géorgie	Déc. 09	468	71%	187	29%	Déc. 09	627	96%	28	4%	...	<100	...	<100	62%	>95%	>95%
Ghana	Déc. 09 ⁴	10 477	33%	20 954	67%	Déc. 09	28 648	95%	1 617	5%	13 000	6 700	...	20 000	12%	8%	24%
Grenade	Déc. 09	27	53%	24	47%	Déc. 09	51	94%	3	6%	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	Déc. 09	5 904	57%	4 458	43%	Déc. 09	9 594	93%	768	7%	...	<1 000	...	2 500	31%	77%	77%
Guinée	Déc. 09	5 850	39%	9 149	61%	Déc. 09	14 325	96%	674	4%	4 400	2 100	...	6 900	15%	10%	32%
Guinée équatoriale	Déc. 08 ^e	235	28%	604	72%	Déc. 09	1 618	98%	27	2%	<1 000	<500	...	1 500	3%	2%	7%
Guinée-Bissau	Déc. 09	840	30%	1 924	70%	Déc. 09	2 646	96%	118	4%	1 100	<1 000	...	1 700	10%	7%	21%
Guyane	Déc. 08 ^e	1 113	45%	1 360	55%	Déc. 08 ^e	2 308	93%	165	7%	...	<200	...	<500	73%	92%	92%
Haïti	Déc. 09	10 871	42%	15 136	58%	Déc. 09	24 909	96%	1 098	4%	5 700	2 700	...	8 600	19%	13%	41%
Honduras	Déc. 09	3 323	47%	3 752	53%	Déc. 09	6 356	90%	719	10%	...	<1 000	...	1 800	40%	81%	81%

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes de sexe masculin et de personnes de sexe féminin recevant un traitement antirétroviral				Nombre déclaré d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral				Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS, en 2009 ^b				Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, en décembre 2009 ^c			
	Mois et année du rapport	Sexe masculin	% du total	Sexe féminin	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+15)	% du total	Enfants (< 15)	% du total	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute
Hongrie	Déc. 08 ^{de}	467	84%	86	16%	Déc. 08 ^e	553	99%	6	1%	<100	<100	...	...	29%	>95%
Îles Cook		...		...		Déc. 08	1	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...
Îles Marshall	Déc. 09	1	25%	3	75%	Déc. 09	4	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...
Îles Maurice		...		...			...		...		<100	<100	...	...	...	...
Îles Salomon	Déc. 09	1	25%	3	75%	Déc. 09	4	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...
Inde	Déc. 09 ^d	168 598	59%	115 036	41%	Déc. 09 ^e	302 122	94%	17 952	6%	30 000	76 000	...	...	24%	59%
Indonésie	Déc. 08 ^e	7 934	75%	2 682	25%	Déc. 08 ^e	10 260	97%	356	3%	<1000	2 600	...	...	14%	48%
Irak	Déc. 08	4	100%	0	0%	Déc. 08	4	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...
Iran (République islamique d')	Janv. 10	1 198	81%	288	19%	Janv. 10	1 432	96%	54	4%	<500	1 300	...	...	4%	14%
Jamahiriya arabe libyenne		...		...			...		...		...	...	...	...	...	...
Jamaïque		...		...		Déc. 09	6 808	94%	436	6%	<500	<1000	...	...	52%	>95%
Jordanie	Déc. 08 ^e	44	76%	14	24%	Déc. 08 ^e	56	97%	2	3%	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	Janv. 10	691	67%	344	33%	Janv. 10	844	82%	191	18%	<100	<200	...	...	>95%	>95%
Kenya	Sept. 09 ^{de}	107 401	36%	190 429	64%	Déc. 09	308 610	92%	28 370	8%	89 000	130 000	32%	32%	22%	59%
Kirghizistan	Janv. 10	158	68%	73	32%	Janv. 10	130	56%	101	44%	<100	<100	...	...	>95%	>95%
Kiribati		...		...		Déc. 08	6	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...
Lesotho	Déc. 09	22 471	36%	39 265	64%	Déc. 08 ^e	42 224	93%	3 038	7%	13 000	18 000	23%	23%	17%	39%
Lettonie	Déc. 08 ^e	240	72%	94	28%	Déc. 09	413	94%	26	6%	...	<100	...	...	34%	>95%
Liban		...		...		Déc. 07 ^{de}	...		9		...	<200	...	...	9%	28%
Libéria	Déc. 09	1 079	36%	1 891	64%	Déc. 09 ^e	2 704	91%	266	9%	2 900	4 500	9%	9%	6%	19%
Lituanie	Déc. 09	113	78%	32	22%	Déc. 09	143	99%	2	1%	...	<100	...	...	20%	67%
Madagascar	Déc. 09	106	50%	108	50%	Déc. 09	209	98%	5	2%	...	<1000	...	...	1%	2%
Malaisie		...		...		Déc. 08 ^e	7 696	94%	501	6%	...	<1000	...	...	88%	94%
Malawi		...		...		Déc. 09	181 482	91%	17 364	9%	61 000	84 000	29%	29%	21%	51%
Maldives	Déc. 09	3	100%	0	0%	Déc. 09	3	100%	0	0%	...	<100	...	...	0%	0%
Mali	Déc. 09	7 596	36%	13 504	64%	Déc. 09	19 834	94%	1 266	6%	...	7 200	...	...	18%	55%
Maroc	Déc. 09	1 372	52%	1 275	48%	Déc. 09	2 502	95%	145	5%	...	<500	...	...	29%	>95%
Mauritanie	Déc. 09	723	52%	678	48%	Déc. 09	1 359	97%	42	3%	...	<500	...	...	9%	28%

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes de sexe masculin et de personnes de sexe féminin recevant un traitement antirétroviral					Nombre déclaré d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral					Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS, en 2009 ^b				Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, en décembre 2009 ^c		
	Mois et année du rapport	Sexe masculin	% du total	Sexe féminin	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+15)	% du total	Enfants (< 15)	% du total	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute
Mexique	Déc. 09	47 384	78%	13 527	22%	Déc. 09	59 317	97%	1 594	3%	...	1 300	3 200	...	50%	>95%	>95%
Micronésie (États fédérés de)	Déc. 09	2	40%	3	60%	Déc. 09	5	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...	...
Mongolie	Déc. 09	1	11%	8	89%	Déc. 09	9	100%	0	0%	...	<100	<100	...	0%	0%	0%
Monténégro	Mars 10	26	84%	5	16%	Mars 10	30	97%	1	3%	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	Sept. 09 ^{4e}	43 159	37%	72 854	63%	Déc. 09	160 805	94%	9 393	6%	66 000	36 000	93 000	14%	10%	26%	26%
Myanmar	Déc. 09	11 987	57%	9 151	43%	Déc. 09	19 603	93%	1 535	7%	...	1 900	4 900	...	32%	83%	83%
Namibie	Sept. 09 ^d	26 212	37%	44 365	63%	Sept. 09	62 310	88%	8 188	12%	9 200	7 300	13 000	89%	65%	>95%	>95%
Nauru	Déc. 08	0	...	0	...	Déc. 08	0	...	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Népal	Juil. 09	1 928	60%	1 298	40%	Juil. 09	3 048	94%	178	6%	...	<1000	2 600	...	7%	23%	23%
Nicaragua	Déc. 09	679	64%	384	36%	Déc. 09	1 007	95%	56	5%	...	<100	<200	...	34%	79%	79%
Niger	Déc. 09	2 836	44%	3 609	56%	Déc. 09	6 187	96%	258	4%	...	1 800	5 900	...	4%	15%	15%
Nigéria	Déc. 09	105 122	35%	197 851	65%	Déc. 09	284 881	94%	18 092	6%	180 000	94 000	270 000	10%	7%	19%	19%
Nioué	Déc. 08	0	...	0	...	Déc. 08	0	...	0	...	...	...	...	...	...	...	...
Oman	Déc. 08 ^e	262	64%	150	36%	Déc. 09	460	95%	26	5%	...	<100	<100	...	>95%	>95%	>95%
Ouganda	Sept. 09 ^d	64 604	37%	110 763	63%	Sept. 08 ^e	187 000	93%	13 413	7%	76 000	41 000	110 000	18%	12%	33%	33%
Ouzbékistan	...	...	...	...	...	Déc. 07 ^{4e}	...	...	225	...	...	...	...	...	...	...	...
Pakistan	Déc. 09	944	72%	376	28%	Déc. 09	1 263	96%	57	4%	...	<1000	2 300	...	2%	8%	8%
Palaos	Déc. 09	1	33%	2	67%	Déc. 09	3	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...	...
Panama	...	...	...	...	...	Déc. 09	4 207	94%	256	6%	...	<500	<500	...	79%	>95%	>95%
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Déc. 09	2 936	43%	3 815	57%	Déc. 09	6 324	94%	427	6%	1 700	<1000	2 600	26%	17%	49%	49%
Paraguay	Déc. 08 ^d	1 022	69%	461	31%	Déc. 08 ^e	1 483	92%	130	8%	...	<200	<500	...	49%	>95%	>95%
Pérou	Déc. 09	10 346	70%	4 434	30%	Déc. 09	14 263	97%	517	3%	...	<500	1 400	...	36%	>95%	>95%
Philippines	Déc. 09	726	97%	24	3%	Déc. 08 ^e	521	98%	11	2%	...	<100	<200	...	8%	30%	30%
Pologne	Déc. 09	3 130	72%	1 199	28%	Déc. 09	4 192	97%	137	3%	...	<100	<100	...	>95%	>95%	>95%
République arabe syrienne	Déc. 09	66	67%	33	33%	Déc. 09	91	92%	8	8%	...	...	...	...	...	...	...
République centrafricaine	Déc. 08 ^e	4 321	45%	5 229	55%	Déc. 09	13 750	95%	724	5%	7 600	3 600	11 000	9%	6%	20%	20%
République de Moldova	Déc. 09	571	58%	413	42%	Déc. 09	950	97%	34	3%	...	<100	<100	...	45%	>95%	>95%
République démocratique du Congo	...	...	...	...	...	Déc. 08 ^e	20 470	83%	4 053	17%	...	17 000	46 000	...	9%	23%	23%

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes de sexe masculin et de personnes de sexe féminin recevant un traitement antirétroviral				Nombre déclaré d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral				Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS, en 2009 ^b			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, en décembre 2009 ^c		
	Mois et année du rapport	Sexe masculin	% du total	Sexe féminin	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+15)	% du total	Enfants (< 15)	% du total	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute
République démocratique populaire lao	Déc. 09	722	54%	623	46%	Déc. 09	1 250	93%	95	7%	...	<100	...	>95%
République dominicaine	...	...	...	...	...	Déc. 08 ^e	10 266	93%	782	7%	...	2 900	...	84%
République populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	<100	...	...
République-Unie de Tanzanie	Sept. 09 ^d	70 558	36%	126 854	64%	Déc. 08 ^e	186 591	94%	12 822	6%	75 000	110 000	17%	34%
Roumanie	Déc. 09	3 538	49%	3 706	51%	Déc. 09	7 052	97%	192	3%	...	<500	...	71%
Rwanda	Déc. 09	29 795	39%	46 931	61%	Déc. 09	70 047	91%	6 679	9%	11 000	17 000	60%	>95%
Sainte-Lucie	Déc. 09	59	48%	65	52%	Déc. 09	121	98%	3	2%	...	...	...	...
Saint-Kitts-et-Nevis	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	Déc. 09	87	54%	75	46%	Déc. 09	159	98%	3	2%	...	...	...	...
Samoa	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sao Tomé-et-Principe	Déc. 09	62	37%	107	63%	Déc. 08 ^e	104	95%	5	5%	...	...	...	...
Sénégal	Déc. 09	4 427	36%	7 822	64%	Déc. 09	11 455	94%	794	6%	...	1 600	...	18%
Serbie	Déc. 09	598	76%	192	24%	Déc. 09	779	99%	11	1%	...	<100	...	>95%
Seychelles	Déc. 09	78	56%	61	44%	Déc. 09	130	94%	9	6%	...	...	...	...
Sierra Leone	Nov. 08 ^{de}	1 542	37%	2 680	63%	Déc. 09	3 423	94%	237	6%	1 700	2 600	14%	25%
Slovaquie	Déc. 08	70	72%	27	28%	Déc. 08	97	100%	0	0%	...	<100	...	0%
Somalie	...	...	...	...	...	Déc. 08 ^e	404	98%	9	2%	...	1 900	...	1%
Soudan	Déc. 09 ^{de}	1 141	57%	855	43%	Déc. 09 ^{de}	...	...	188	...	8 700	13 000	2% ^e	4%
Sri Lanka	Déc. 09	120	58%	87	42%	Déc. 09	196	95%	11	5%	...	<100	...	92%
Suriname	...	...	...	...	...	Déc. 08 ^e	778	91%	80	9%	...	<100	...	>95%
Swaziland	Déc. 09	17 300	37%	29 941	63%	Déc. 09	42 469	90%	4 772	10%	6 800	9 000	70%	>95%
Tadjikistan	Déc. 09	218	68%	104	32%	Déc. 09	313	97%	9	3%	...	<100	...	21%
Tchad	Déc. 09	11 888	37%	20 400	63%	Déc. 09 ^d	31 514	98%	774	2%	12 000	19 000	6%	12%
Thaïlande	...	...	...	...	...	Sept. 09	208 042	96%	8 076	4%	...	11 000	...	>95%
Timor-Leste	Déc. 09	15	48%	16	52%	Déc. 09	28	90%	3	10%	...	...	...	...
Togo	Déc. 09	5 307	32%	11 403	68%	Déc. 09	15 682	94%	1 028	6%	5 200	8 800	20%	58%
Tonga	...	...	...	...	...	Déc. 08	2	100%	0	0%	...	...	...	...
Tunisie	Déc. 09	262	64%	150	36%	Déc. 09	400	97%	12	3%	...	<100	...	86%

	Nombre déclaré de personnes de sexe masculin et de personnes de sexe féminin recevant un traitement antirétroviral					Nombre déclaré d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral					Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS, en 2009 ^b				Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, en décembre 2009 ^c			
	Mois et année du rapport	Sexe masculin	% du total	Sexe féminin	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+15)	% du total	Enfants (< 15)	% du total	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute		
Pays à revenu faible ou moyen ^a		...		...			...		...		...		...		...			
Turkménistan																		
Turquie		...		...		Déc. 07 ^{d,e}			9		<100	<100		10%	21%			
Tuvalu	Déc. 09	1	100%	0	0%	Déc. 09	1	100%	0	0%								
Ukraine	Déc. 09	8 356	53%	7 515	47%	Déc. 09	14 151	89%	1 720	11%	1 500	2 500	...	69%	>95%			
Uruguay		...		...		Déc. 06	2 350	94%	160	6%	<100	<200	...	81%	>95%			
Vanuatu	Déc. 09	0	0%	2	100%	Déc. 09	1	50%	1	50%	...		...					
Venezuela (République bolivarienne du)	Déc. 09	23 338	72%	8 964	28%	Déc. 09	31 518	98%	784	2%			...					
Viet Nam	Sept. 09 ^{d,e}	16 854	72%	6 558	28%	Déc. 09	36 008	95%	1 987	5%	...	3 700	...	54%	>95%			
Yémen	Déc. 08 ^e	123	65%	66	35%	Déc. 08 ^e	265	97%	9	3%	...		...					
Zambie	Déc. 09	124 189	44%	159 674	56%	Déc. 09	262 743	93%	21 120	7%	59 000	82 000	32 000	26%	65%			
Zimbabwe	Déc. 08 ^d	49 701	37%	85 625	63%	Fév. 10	197 068	90%	21 521	10%	71 000	95 000	43 000	23%	50%			

... Données non disponibles ou sans objet.

a Voir le classement des pays par catégorie de revenu, type d'épidémie et région géographique de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS (annexe 7).

b Les estimations de besoins sont basées sur les méthodes décrites dans les notes explicatives faisant partie des annexes. Les estimations pour chaque pays peuvent varier en fonction des méthodes utilisées localement.

c Les estimations de couverture sont basées sur les estimations non arrondies du nombre d'enfants qui reçoivent un traitement antirétroviral et sur les estimations non arrondies du nombre d'enfants qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral (selon la méthodologie de l'ONUSIDA et de l'OMS). Les fourchettes des estimations de la couverture sont basées sur les limites de plausibilité du dénominateur, soit l'estimation haute et l'estimation basse des besoins.

d Les chiffres de répartition les plus récents ne sont disponibles que pour des bases de données incomplètes ou cumulées ; ils ne correspondent pas aux données de l'ensemble du pays. Les données pour l'ensemble du pays sont présentées dans l'annexe 3.

e Les chiffres de répartition disponibles les plus récents sont plus anciens que les dernières données transmises pour l'ensemble du pays. Les dernières données pour l'ensemble du pays sont présentées dans l'annexe 3.

f Les estimations du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral sont en cours d'examen et seront ajustées, si nécessaire, en fonction du recueil et de l'analyse des données en cours.

g Seul le nord du Soudan a transmis des données ventilées en fonction du sexe et de l'âge ; les chiffres doivent donc être interprétés avec précaution.

Annexe 5. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenu faible ou moyen, en 2009

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant	Période	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS ^b			Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant ^c			Femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont reçu une prophylaxie par cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un test virologique à l'âge de deux mois		
			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	
Afghanistan	...		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Afrique du Sud	188 200	Janv. 09-Déc. 09	210 000	1 200 00	290 000	88%	66%	>95%	1 099 712 ^d	>95%	119 395 ^e	56%	43 394	20%	...	...	...
Albanie	...		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Algérie	65	Janv. 09-Déc. 09	...	<200	<500	...	14%	59%	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Angola	3 053	Janv. 09-Déc. 09	16 000	8 400	25 000	19%	12%	36%	203 463	26%	2 435	15%	2 435	15%	...	...	...
Argentine	2 039	Janv. 08-Déc. 08	...	<1 000	2 400	...	86%	>95%	598 123 ^e	87%	2 280 ^e	>95%	2 160 ^e	>95%	...	...	...
Arménie	13	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<100	...	65%	>95%	40 679	86%	9	75%	2	17%	0	0%	0%
Azerbaïdjan	11	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<500	...	5%	17%	17 2153 ^e	>95%	14 ^e	11%	13 ^e	10%	15 ^e	12%	12%
Bangladesh	7	Janv. 08-Déc. 08	...	<100	<200	...	4%	13%	91	<1%	12	12%	16	16%	...	...	...
Belarus	194	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<500	...	>95%	>95%	150 186 ^d	>95%	195	>95%	148	>95%	192	>95%	>95%
Belize	63	Janv. 09-Déc. 09	...	<200	<500	...	22%	61%	6 310	85%	51	26%	...	...	53	27%	27%
Bénin	1 703	Janv. 09-Déc. 09	3 700	1 900	5 800	46%	29%	92%	171 532 ⁱ	49%	1 473	39%	1 473	39%	...	...	...
Bhoutan	19	Janv. 08-Déc. 08	...	<100	<100	...	95%	>95%	...	...	13 ^e	>95%	7 ^e	58%	...	...	...
Bolivie (État plurinational de)	105	Janv. 09-Déc. 09	...	<200	<500	...	22%	83%	73 369	28%	28 ^e	10%	27 ^e	10%	23 ^e	8%	8%
Bosnie-Herzégovine	1	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	1012	3%	0	...	0	...	0	...	...
Botswana	12 406	Janv. 09-Déc. 09	13 000	6 900	17 000	>95%	74%	>95%	44 386 ^h	93%	14 073 ⁱ	>95%	8 232 ^j	65%	...	...	...
Brésil	5 988	Janv. 09-Déc. 09	...	3 700	12 000	...	49%	>95%	2 381 280 ^e	79%	7 511 ^e	>95%	...	...	2 306 ^e	32%	32%
Bulgarie	9	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<100	...	23%	82%	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Burkina Faso	2 084	Janv. 09-Déc. 09	6 500	3 500	11 000	32%	19%	60%	310 583	42%	2 140	33%	1 815	28%	199	3%	3%
Burundi	1 837	Janv. 09-Déc. 09	15 000	8 400	21 000	12%	9%	22%	113 053	40%	1 332	9%	1 332	9%	...	...	...
Cambridge	798	Janv. 09-Déc. 09	...	<1 000	3 000	...	26%	>95%	153 884	42%	730	45%	203 ^g	12%	...	...	...
Cameroun	9 092	Janv. 09-Déc. 09	34 000	18 000	50 000	27%	18%	50%	291 473	41%	8 378	25%	8 378	25%	8 940	26%	26%
Cap-Vert	61	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	8 500	71%	67	...	67	...	67	...	...
Chili	121	Janv. 09-Déc. 09	...	<500	<1 000	...	15%	55%	144 772	57%	...	...	...	...	...	...	...
Chine	1 554	Janv. 09-Déc. 09	...	2 600	11 000	...	14%	59%	3 741 337 ^k	20%	1 701	28%	...	...	...	...	...
Colombie	519	Janv. 09-Déc. 09	...	<1 000	3 900	...	13%	55%	35 3764	39%	248	12%	...	4%	83	4%	4%

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant	Période	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS ^b			Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant ^c			Femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont reçu une prophylaxie par cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont bénéficié d'un test virologique à l'âge de deux mois	
			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
Comores	1	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<100	...	10%	33%	1 034	5%	1	17%	0	0%
Congo	441	Janv. 09-Déc. 09	3 800	1 900	5 600	12%	8%	23%	28 699	23%	615	16%	548	15%
Costa Rica	31	Janv. 08-Déc. 08	...	<100	<200	...	17%	53%	...	...	38	33%	44	38%
Côte d'Ivoire	11 064	Janv. 09-Déc. 09	20 000	10 000	31 000	54%	36%	>95%	342 698	47%	6 696	33%	...	...
Croatie	2	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<100	...	15%	67%	...	...	...	...	...	...
Cuba	50	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<200	...	39%	>95%	122 611 ^d	>95%	0	0%	1 ^e	1%
Djibouti	63	Janv. 09-Déc. 09	<1 000	<500	1 000	10%	6%	21%	9 371	39%	36 ^e	6%	22	4%
Dominique	2	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	947	...	1	...	1	...
Égypte	11	Janv. 09-Déc. 09	...	<200	<500	...	3%	10%	1750 ^e	<1%	2 ^e	1%	...	3%
El Salvador	170	Janv. 08-Déc. 08	...	<500	<1 000	...	19%	71%	65 712	53%	216	42%	176	34%
Équateur	477	Janv. 09-Déc. 09	...	<500	<1 000	...	48%	>95%	286 211 ^d	>95%	315	56%	...	...
Érythrée	464	Janv. 09-Déc. 09	1 400	<1 000	2 200	34%	21%	71%	46 544 ^e	25%	424 ^e	31%	225 ^e	17%
Éthiopie	6721	Janv. 09-Déc. 09	...	17 000	51 000	...	13%	40%	488 554	16%	5 025	15%	1 076	3%
Ex-République yougoslave de Macédoine	0	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Fédération de Russie	9 380	Janv. 09-Déc. 09	...	5 100	16 000	...	57%	>95%	1 468 091 ^{a,m}	95%	8 744 ^e	>95%	...	...
Fidji	5	Janv. 09-Nov. 09	...	<100	<100	...	28%	>95%	9 041 ^e	52%	1 ^e	10%	2 ^e	20%
Gabon	577	Janv. 09-Déc. 09	1 900	<1 000	2 900	30%	20%	60%	9 321	23%	312	16%	219 ^e	12%
Gambie	885	Janv. 09-Sept. 09	...	<1 000	2 000	...	43%	>95%	3 1071	50%	230	20%	99	8%
Géorgie	12	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<100	...	19%	86%	58 769 ^e	>95%	19 ^e	58%	19 ^e	58%
Ghana	3 643	Janv. 09-Déc. 09	13 000	6 900	20 000	27%	18%	53%	388 254	51%	1 730 ⁿ	13%	...	...
Grenade	2	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	1 229	60%	2	...	0	...
Guatemala	440	Janv. 09-Déc. 09	...	<1 000	2 900	...	15%	56%	102 957	23%	159 ^e	9%	222 ^e	13%
Guinée	783	Janv. 09-Déc. 09	4 600	2 300	7 200	17%	11%	34%	39 893	10%	231 ^o	5%	801 ^o	17%
Guinée équatoriale	365	Janv. 09-Déc. 09	1 400	<1 000	2 300	26%	16%	50%	16 228	63%	164	11%	...	...
Guinée-Bissau	383	Janv. 09-Déc. 09	1 600	<1 000	2 400	24%	16%	49%	13 864 ^p	21%	143 ^e	9%	...	0%
Guyane	183	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<500	...	88%	>95%	14 283 ^d	>95%	206	>95%	97 ^q	>95%
Haïti	2 960	Janv. 09-Déc. 09	5 000	2 600	7 500	60%	39%	>95%	15 4835	57%	...	...	448 ^e	9%
Honduras	255	Janv. 09-Déc. 09	...	<500	1 300	...	20%	82%	103 562	51%	255	35%	...	42%

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant	Période	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS ^b			Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant			Femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont reçu une prophylaxie par cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont reçu une prophylaxie par cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un test virologique à l'âge de deux mois	
			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
Hongrie	5	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<100	...	14%	63%	8 357 ^e	8%	5	26%	5	26%	...	...
Îles Cook	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Îles Marshall	1	Oct. 08-Sept. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Îles Maurice	41	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<200	...	33%	>95%	15 026	83%	53	73%	48	66%	...	...
Îles Salomon	1	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	41 ^e	<1%	1 ^e	...	0 ^e	...	...	...
Inde	11 319	Janv. 09-Déc. 09	...	23 000	65 000	...	17%	48%	5 717 819	21%	11 593	27%	...	...	...	...
Indonésie	196	Janv. 08-Déc. 08	...	1 100	4 600	...	4%	17%	10 026	<1%	165 ^e	6%	25 ^s	1%	...	...
Irak	0	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	1 550	<1%	0 ^e	...	0 ^e	...	...	...
Iran (République islamique d')	25	Mars 08-Feb 09	...	<500	1 300	...	2%	7%	158 ^r	<1%	24 ^e	3%	20 ^e	3%	7 ^e	1%
Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaïque	379	Janv. 09-Déc. 09	...	<200	<1 000	...	46%	>95%	28 659 ^e	55%	605 ^e	>95%	...	...	...	...
Jordanie	0	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	0	0%	0	...	0	...	0	...
Kazakhstan	193	Janv. 09-Déc. 09	...	<200	<1 000	...	38%	>95%	484 548 ^d	>95%	198	68%	204	70%	188	64%
Kenya	58 591	Janv. 09-Déc. 09	81 000	41 000	120 000	73%	50%	>95%	9 611 990	63%	39 482	49%	4 043	5%	...	...
Kirghizistan	58	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<500	...	23%	>95%	171 480 ^d	>95%	60 ^d	51%	70 ^d	59%	0	0%
Kiribati	0	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	1 159	...	0	...	0	...	0	...
Lesotho	8 846	Janv. 09-Déc. 09	14 000	8 400	18 000	64%	48%	>95%	29 626	50%	4 240	31%	1 542 ^e	11%	4 621	33%
Lettonie	56	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<200	...	52%	>95%	20 608	88%	...	...	52	84%	...	...
Liban	...	...	...	<100	<100	...	...	...	...	...	0	0%	...	...	...	...
Libéria	377	Janv. 09-Déc. 09	2 400	1 100	3 700	16%	10%	33%	32 659	22%	194	8%	45 ^s	2%	109 ^s	5%
Lituanie	12	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<100	...	92%	>95%	30 057	95%	12	>95%	...	...	10	>95%
Madagascar	17	Janv. 09-Déc. 09	...	<500	1 100	...	1%	5%	140 261	20%	8	1%	...	...	...	...
Malaisie	300	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<1 000	...	55%	>95%	403 287 ⁱ	73%	163	54%	163	54%	163	54%
Malawi	33 156	Janv. 09-Déc. 09	57 000	31 000	83 000	58%	40%	>95%	316 000	52%	23 773	41%	28 079	49%	...	...
Maldives	0	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<100	...	0%	0%	3 911	67%	0	0%	0	0%	0	0%
Mali	1 770	Janv. 09-Déc. 09	...	2 100	6 700	...	26%	82%	86 814	16%	810	19%	722	17%	531	13%
Maroc	90	Janv. 09-Déc. 09	...	<200	<1 000	...	13%	49%	2 723 ^e	<1%	20 ^e	5%	19 ^e	5%	4 ^e	1%
Mauritanie	68	Janv. 09-Déc. 09	...	<200	<1 000	...	12%	37%	6 371 ^e	6%	15 ^e	4%	18 ^s	5%	...	...

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant	Période	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS ^b			Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant ^c			Femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont reçu une prophylaxie par cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un test virologique à l'âge de deux mois	
			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
Mexique	124	Janv. 09-Déc. 09	...	1500	4 500	...	3%	9%	757 863 ^e	37%	58 ^e	2%	...	...
Micronésie (États fédérés de)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mongolie	1	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<100	...	10%	33%	...	...	1	17%	1	17%
Monténégro	0	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	1 ^g	...	...	...
Mozambique	68 248	Janv. 09-Déc. 09	97 000	53 000	130 000	70%	51%	>95%	672 020	77%	41 266	43%	...	...
Myanmar	2 398	Janv. 09-Déc. 09	...	1 800	5 600	...	43%	>95%	182 760	18%	1 697	46%	858	23%
Namibie	6 744	Avril 08-Mars 09	7 700	4 100	11 000	88%	61%	>95%	51 970	88%	7 120	93%	...	...
Nauru	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Népal	56	Juil. 08-Juin 09	...	<1 000	2 100	...	3%	10%	65 791	9%	89	7%	75	6%
Nicaragua	91	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<500	...	45%	>95%	81 686	58%	81	63%	81	63%
Niger	1 737	Janv. 09-Déc. 09	...	2300	7 000	...	25%	74%	158 695	19%	708	15%	309	6%
Nigéria	44 723	Janv. 09-Déc. 09	210 000	110 000	300 000	22%	15%	42%	820 865	13%	15 905	8%	3 927 ^h	2%
Nioué	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Oman	9	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<100	...	29%	>95%	30 875	50%	4	21%	4	21%
Ouganda	46 948	Janv. 09-Déc. 09	880 00	48 000	130 000	53%	37%	>95%	968 157 ⁱ	64%	24 554	28%	...	5 607
Ouzbékistan	304	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	414 346 ^h	74%	399	...	...	2
Pakistan	25	Janv. 09-Déc. 09	...	1 000	3 700	...	1%	2%	10 277	<1%	16	1%	0	0%
Palaos	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Panama	118	Janv. 09-Déc. 09	...	<200	<1 000	...	19%	>95%	59 334	85%	154 ^{aj}	56%	62 ^{ak}	23%
Papouasie-Nouvelle-Guinée	263	Janv. 09-Déc. 09	2 000	<1 000	3 000	13%	9%	27%	43 942	21%	251	13%	19	1%
Paraguay	148	Janv. 09-Déc. 09	...	<200	<500	...	38%	>95%	7 3123	47%	148	62%	85	36%
Pérou	550	Janv. 09-Déc. 09	...	<500	1 700	...	33%	>95%	599 012 ^d	>95%	426	43%	...	...
Philippines	3	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<500	...	1%	4%	...	...	2	1%	3	2%
Pologne	81	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<500	...	27%	>95%	...	...	69	41%	69	41%
République arabe syrienne	2	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	4 ^z	<1%	...	...	...	...
République centrafricaine	2 157	Janv. 09-Déc. 09	6 300	3 200	9 500	34%	23%	67%	43 775	28%	1 380	22%	887	14%
République de Moldova	109	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<200	...	7%	>95%	45 557 ^d	>95%	118	>95%	33	37%
République démocratique du Congo	2 232	Janv. 09-Déc. 09	...	20 000	54 000	...	4%	11%	253 297	9%	2 232	6%	396	1%

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant	Période	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS ^b			Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant			Femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH		Nourissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant		Nourissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont reçu une prophylaxie par cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourissons nés de femmes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un test virologique à l'âge de deux mois	
			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
République démocratique populaire lao	24	Janv. 09-Déc. 09	...	<200	<500	...	5%	20%	3 094	2%	18 ^e	7%	17 ^e	7%	...	...
République dominicaine	949	Janv. 09-Déc. 09	...	<1 000	3 000	...	32%	95%	114 046	51%	1 133	59%	...	...	391 ^e	20%
République populaire démocratique de Corée	...	...	...	<100	<100	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	58 833	Janv. 09-Déc. 09	84 000	45 000	120 000	70%	48%	>95%	1 194 172	66%	43 119	51%	8 348 ^z	10%	11 345	13%
Roumanie	152	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<500	...	76%	>95%	100 589	47%	192	>95%	7	6%	192	>95%
Rwanda	7 030	Janv. 09-Déc. 09	11 000	5 400	16 000	65%	43%	>95%	294 457	71%	6 684	62%	7 222	67%	5 646	52%
Sainte-Lucie	6	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Kitts-et-Nevis	1	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	14	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	2 635 ^d	>95%	15 ^d	...	14 ^d	...	14 ^d	...
Samoa	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sao Tomé-et-Principe	11	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	6 475 ^d	>95%	17	...	17	...	...	...
Sénégal	977	Janv. 09-Déc. 09	...	2 000	5 900	...	16%	45%	166 830	35%	433	11%	...	...	339	9%
Serbie	2	Janv. 08-Déc. 08	...	<100	<100	...	3%	10%	5 665 ^e	5%	1	2%	0	0%	1	2%
Seychelles	12	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	1 650	...	7	...	7	...	0	...
Sierra Leone	637	Janv. 09-Déc. 09	3 300	1 800	5 100	19%	12%	36%	99 256	44%	518 ^e	16%	363 ^e	11%	0 ^e	0%
Slovaquie	2	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<100	...	50%	>95%	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	0	Janv. 09-Déc. 09	...	1 000	3 700	...	0%	0%	1 131	<1%	6	0%	0	0%	...	...
Soudan	245	Janv. 09-Déc. 09	14 000	7 300	22 000	2%	1%	3%	33 127 ^f	3%	56 ^g	<1%	34 ^{...}	<1%	...	...
Sri Lanka	4	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<100	...	9%	31%	13 475	4%	4	15%	4	15%	0	0%
Suriname	83	Janv. 08-Déc. 08	...	<100	<200	...	82%	>95%	8 885 ^e	91%	91 ^e	>95%	...	>95%	9	16%
Swaziland	8 182	Janv. 09-Déc. 09	9 300	5 700	12 000	88%	68%	>95%	25 769	73%	7 655	82%	9 189	>95%	...	...
Tadjikistan	25	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<500	...	9%	36%	76 297	39%	19	12%	23	15%	1 ^z	1%
Tchad	989	Janv. 09-Déc. 09	16 000	8 300	29 000	6%	3%	12%	32 119	6%	676	4%	676	4%	...	...
Thaïlande	5 457	Oct. 08-Sept. 09	...	4 900	8 300	...	66%	>95%	797 047	82%	5 722	88%	2 074	32%	...	...
Timor-Leste	1	Janv. 08-Déc. 08	...	...	...	...	...	...	71 ^e	<1%	1 ^e	...	...	...	...	...
Togo	1 451	Janv. 09-Déc. 09	5 600	2 200	9 400	26%	15%	67%	42 101	20%	1 508	27%	945	17%	614	11%
Tonga	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tunisie	3	Janv. 09-Déc. 09	...	<100	<100	...	6%	25%	...	...	1	4%	0	0%	0	0%

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant	Période	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS ^b			Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant ^c			Femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont reçu une prophylaxie par cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un test virologique à l'âge de deux mois	
			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
Turkménistan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Turquie	4	Janv. 06-Déc. 06	...	<100	<200	...	3%	13%	...	...	...	...	...	...	...	...
Tuvalu	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ukraine	3 645	Janv. 09-Déc. 09	...	1 200	4 800	...	76%	>95%	555 535 ^d	>95%	3 840	>95%	3 021	>95%	2 033	69%
Uruguay	70	Janv. 08-Déc. 08	...	<100	<500	...	31%	>95%	47 428 ^e	95%	...	...	...	...	...	...
Vanuatu	...	...	...	...	...	...	...	...	1 499 ^{e,f}	21%	0 ^g	...	...	...	...	...
Venezuela (République bolivarienne du)	233	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	274	...	...	...	...	...
Viet Nam	1 372	Janv. 09-Déc. 09	...	1 700	4 700	...	29%	79%	480 814 ^h	32%	1511	48%	944	30%	...	...
Yémen	13	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	4 211	<1%	10	...	8	...	0	...
Zambie	47 175	Janv. 09-Déc. 09	68 000	37 000	94 000	69%	50%	>95%	532 484 ^d	>95%	26 743	39%	25 139	37%	35 824	53%
Zimbabwe	28 208	Janv. 09-Déc. 09	50 000	28 000	69 000	56%	41%	>95%	175 223	46%	17 331	35%	13 852	28%	...	...

a Voir le classement des pays par catégorie de revenu, type d'épidémie et région géographique de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS (annexe 7).

b Les estimations des besoins sont calculées selon les méthodes décrites dans les notes explicatives faisant partie des annexes et dans l'encadré 5.7. Les estimations pour chaque pays peuvent varier en fonction des méthodes utilisées localement.

c Les estimations de couverture sont basées sur le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et recevant des antirétroviraux et sur l'estimation non arrondie du besoin en antirétroviraux (selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS). Les fourchettes des estimations de couverture sont basées sur les limites de plausibilité du dénominateur, soit l'estimation haute et l'estimation basse des besoins. Un chiffre et une fourchette d'estimation sont donnés en cas d'épidémie généralisée, alors que seule une fourchette est donnée en cas d'épidémie peu étendue ou concentrée.

d Le nombre déclaré de femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH était supérieur au nombre estimé des femmes enceintes, ce qui sous-entend une couverture supérieure à 100 %. L'année dernière, la couverture était déjà supérieure à 95 % dans ces pays ; les données utilisées pour les analyses régionales et mondiales ont donc été ajustées pour représenter une couverture équivalente à celle de l'année dernière.

e Les dernières données transmises datent de décembre 2008.

f Les données proviennent de 323 des 364 hôpitaux disposant d'une maternité offrant des services de PTME.

g Les dernières données transmises datent de décembre 2007.

h La déclaration porte sur le nombre de tests, car il n'est pas possible de ne compter qu'un seul test pour les femmes qui ont fait un test de dépistage en consultation prénatale, au cours du travail et de l'accouchement, et lors de la période post-partum.

i Un double comptage peut être présent dans les données.

j Il n'est pas précisé dans les données si les nourrissons avaient moins de deux mois de vie, mais le cotrimoxazole doit être commencé, selon la politique, chez tous les nourrissons à l'âge de 6 semaines. Les données suggèrent qu'environ deux tiers des nourrissons qui ont commencé le cotrimoxazole l'ont fait dans les deux mois suivant leur naissance.

k Les données concernent 453 circonscriptions prioritaires sur un total de 2860.

l Les estimations du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant sont en cours d'examen et seront ajustées, si nécessaire, en fonction du recueil et de l'analyse des données en cours. Certains pays ont donc demandé que seule une fourchette de l'estimation des besoins soit publiée, ou de ne publier aucun chiffre.

m La Fédération de Russie a déclaré 4 827 215 femmes enceintes ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH. Il est probable que ce nombre s'explique par un double ou un triple comptage ; le chiffre représentant 95 % de l'estimation de l'ensemble des naissances ayant eu lieu en Russie (1 545 359) a été

n Le chiffre obtenu à partir des données transmises en 2009 est inférieur à 2450, chiffre déclaré en 2008. Ceci est dû à une période de transition lors du passage de l'ancien schéma prophylactique utilisé (dose unique de névirapine) au nouveau schéma prophylactique (dose unique de névirapine à la naissance et zidovudine et lamivudine pendant 1 à 6 semaines, selon les circonstances), les deux schémas étant encore utilisés en 2008. À l'heure actuelle, seul le nouveau schéma prophylactique est utilisé et son utilisation est en cours d'extension.

o Seules des données incomplètes ont été recueillies.

p Les données sont basées sur le nombre de femmes enceintes ayant accès à un service de consultation prénatale/un hôpital disposant d'une maternité et qui connaissent leur statut par rapport au VIH.

q Les données sont collectées à 6 semaines et non pas à 2 mois ; à l'aide d'un formulaire de recueil mensuel de données. Certains nourrissons ont donc pu être perdus de vue.

r Les dernières données transmises datent d'août 2007.

s Les données ont pu faire l'objet d'une sous-déclaration.

t Seules les données concernant le secteur public ont été transmises, ce qui représente environ 70 % de l'ensemble des cas vus en consultation prénatale.

u Quatre des dix partenaires de mise en œuvre ont transmis des données sur cet indicateur.

v Les données concernent la période allant de juillet 2008 à juillet 2009.

w En 2009, le nombre de femmes enceintes qui ont réalisé un test de dépistage du VIH a considérablement augmenté ; il était de 58 063 en 2007. Auparavant, le dépistage et le conseil volontaire n'étaient recommandés qu'aux femmes enceintes ayant un comportement à risque et à celles qui avaient un partenaire sexuel ayant un comportement à risque. Il est maintenant recommandé à toutes les femmes de bénéficier d'un conseil et d'un dépistage volontaire ; fin 2009, seuls 77 % des femmes enceintes avaient bénéficié d'un conseil et au dépistage volontaire.

x Les données proviennent de trois des quatre consultations de prise en charge pédiatrique.

y Un chiffre de 26 a été transmis. Il provenait d'un seul site et correspondait à la période allant de septembre à novembre 2009.

z Les données ont fait l'objet d'une sous-déclaration.

* Deux rapports distincts ont été adressés par le Soudan ; le nord du Soudan a déclaré le chiffre de 19 986 pour la période allant de janvier à décembre 2009 ; le sud du Soudan a déclaré le chiffre de 13 141 jusqu'à novembre 2009 ; soit un total de 33 127.

** Deux rapports distincts ont été adressés par le Soudan ; le nord du Soudan a déclaré le chiffre de 34 pour la période allant de janvier à décembre 2009 ; le sud du Soudan a déclaré le chiffre de 22 jusqu'à novembre 2009 ; soit un total de 56.

*** Deux rapports distincts ont été adressés par le Soudan ; le nord du Soudan a déclaré le chiffre de 34 pour la période allant de janvier à décembre 2009 ; le sud du Soudan a déclaré qu'aucune donnée n'était disponible, stipulant que ces services commençaient à être mis en œuvre et que le cotrimoxazole ne faisait initialement pas partie des produits utilisés pour la PTME. Des données pour le sud du Soudan devaient être disponibles pour la prochaine période faisant l'objet d'un rapport.

† Les données ont été recueillies dans les hôpitaux suivants : Northern District, Vial Central, Lenoake, Lolowai et Norsup.

‡ Les données sont basées sur le nombre total de personnes testées et qui ont reçu le résultat.

Annexe 6. Estimation du nombre de personnes (tous âges confondus) et du nombre d'enfants de moins de 15 ans recevant et ayant besoin d'un traitement antirétroviral ou d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, et pourcentages de couverture dans les pays à revenu faible ou moyen, par régions de l'OMS et régions de l'UNICEF, en 2009

Régions de l'OMS									
	Nombre de personnes (tous âges confondus) recevant un traitement antirétroviral, en décembre 2009	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2010, en 2009 [fourchette] ^a	Couverture du traitement antirétroviral, en décembre 2009 [fourchette] ^a	Nombre d'enfants de moins de 15 ans recevant un traitement antirétroviral, en décembre 2009	Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral, en 2009 [fourchette] ^a	Couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant, en décembre 2009 [fourchette] ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, en 2009	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, en 2009 [fourchette] ^a	Estimation du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, en 2009 [fourchette] ^b
Région africaine	3 912 000	10 600 000 [9 700 000-11 500 000]	37% [34-40%]	296 100	1 140 000 [710 000-1 500 000]	26% [19-42%]	672 900	1 240 000 [800 000-1 700 000]	54% [41-84%]
Région des Amériques	478 000	950 000 [810 000-1 000 000]	50% [46-59%]	18 600	32 200 [23 000-42 000]	58% [45-80%]	16 200	29 900 [19 000-41 000]	54% [39-83%]
Région de la Méditerranée orientale	12 800	180 000 [160 000-210 000]	7% [6-8%]	570	13 300 [8 400-18 000]	4% [3-7%]	490	20 500 [13 000-29 000]	2% [2-4%]
Région européenne	115 000	610 000 [550 000-700 000]	19% [16-21%]	4 800	9 800 [5 700-15 000]	49% [31-84%]	14 300	15 300 [8 000-23 000]	93% [63%->95%]
Région de l'Asie du Sud-Est	577 000	1 800 000 [1 500 000-2 300 000]	32% [25-39%]	28 100	67 500 [46 000-120 000]	42% [23-61%]	19 500	57 400 [31 000-94 000]	34% [21-62%]
Région du Pacifique occidental	160 000	490 000 [400 000-570 000]	33% [28-40%]	8 300	13 600 [9 900-18 000]	61% [46-84%]	4 300	13 500 [8 400-19 000]	32% [22-51%]
Tous les pays à revenu faible ou intermédiaire	5 254 000	14 600 000 [13 500 000-15 800 000]	36% [33-39%]	356 400	1 270 000 [830 000-1 700 000]	28% [21-43%]	727 600	1 380 000 [920 000-1 800 000]	53% [40-79%]
Régions de l'UNICEF									
Afrique ^c	3 921 000	10 700 000 [9 800 000-11 600 000]	37% [34-40%]	296 500	1 150 000 [720 000-1 500 000]	26% [19-41%]	673 300	1 260 000 [800 000-1 700 000]	53% [40-83%]
Afrique subsaharienne ^d	3 916 000	10 700 000 [9 700 000-11 600 000]	37% [34-40%]	296 200	1 150 000 [720 000-1 500 000]	26% [19-41%]	673 100	1 260 000 [800 000-1 700 000]	53% [40-83%]
Afrique de l'Est et Afrique australe	3 203 000	7 700 000 [7 200 000-8 300 000]	41% [38-45%]	254 900	790 000 [530 000-1 000 000]	32% [25-48%]	584 700	860 000 [600 000-1 100 000]	68% [53->95%]
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	709 000	2 900 000 [2 500 000-3 200 000]	25% [22-28%]	41 000	350 000 [180 000-510 000]	12% [8-22%]	88 100	380 000 [200 000-560 000]	23% [16-44%]
Afrique du Nord et Moyen-Orient	12 400	140 000 [120 000-160 000]	9% [8-10%]	600	10 800 [6 700-15 000]	6% [4-9%]	530	16 400 [9 600-23 000]	3% [2-5%]
Amérique latine et Caraïbes	478 000	950 000 [810 000-1 100 000]	50% [46-59%]	18 600	32 200 [23 000-42 000]	58% [45-80%]	16 200	29 900 [19 000-41 000]	54% [39-83%]
Asie	738 000	2 400 000 [2 000 000-2 900 000]	31% [26-37%]	36 400	82 700 [61 000-104 000]	44% [27-60%]	23 800	73 200 [45 000-110 000]	33% [22-52%]
Asie de l'Est et Pacifique	412 000	1 000 000 [660 000-1 300 000]	40% [36-47%]	18 200	27 500 [21 000-33 000]	66% [55-85%]	12 400	26 200 [18 000-40 000]	47% [31-68%]
Asie du sud	325 000	1 300 000 [990 000-1 900 000]	25% [17-33%]	18 200	55 100 [36 000-110 000]	33% [17-51%]	11 400	46 800 [23 000-78 000]	24% [15-50%]
Europe centrale et orientale et Communauté des États indépendants ^e	109 000	590 000 [530 000-680 000]	19% [16-21%]	4 600	9 700 [5 700-15 000]	48% [30-82%]	14 100	15 100 [7 600-22 000]	94% [63%->95%]
Tous les pays à revenu faible ou intermédiaire	5 248 000	14 600 000 [13 500 000-15 700 000]	36% [33-39%]	356 200	1 270 000 [830 000-1 700 000]	28% [21-43%]	727 400	1 380 000 [920 000-1 800 000]	53% [40-79%]

Remarque : les chiffres ayant été arrondis, la somme des différents chiffres pour certains groupes est différente du total obtenu.

a Une explication sur les méthodes utilisées se trouve dans les notes explicatives sur les annexes.

b L'estimation de la couverture est basée sur l'estimation non arrondie du nombre de personnes recevant des antirétroviraux et sur l'estimation non arrondie du nombre de personnes ayant besoin d'antirétroviraux. Les fourchettes des niveaux de couverture sont basées sur les fourchettes d'incertitude encadrant les estimations des besoins.

c L'Afrique comprend tous les pays de la région Afrique de l'Est et Afrique australe, tous les pays de la région Afrique de l'Ouest et Afrique centrale et les pays suivants de la région d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient : Algérie, Djibouti, Égypte, Jamahiriya arabe libyenne, Maroc, Soudan et Tunisie.

d Pour l'UNICEF, les chiffres de Djibouti et du Soudan sont comptés dans le total pour l'Afrique subsaharienne ; ils sont exclus des sous-régions de l'Afrique.

e Cinq des pays à revenu faible ou moyen (Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne et Slovaquie) sont classés parmi les pays industrialisés par l'UNICEF ; les chiffres les concernant ne sont pas inclus dans ces totaux.

Annexe 7. Classification des pays à revenu faible ou moyen selon le niveau économique, le niveau de l'épidémie et les régions géographiques de l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'OMS

Pays	Classement économique	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Afrique du Sud	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
Albanie	Revenu moyen supérieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Algérie	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
Angola	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
Argentine	Revenu moyen supérieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Arménie	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Azerbaïdjan	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
Bangladesh	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
Belarus	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 centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Bénin	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Bhoutan	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de l'Asie du Sud-Est
Bolivie (État plurinational de)	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Bosnie-Herzégovine	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Botswana	Revenu moyen supérieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Brésil	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Bulgarie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Burkina Faso	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Burundi	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Cambodge	Faible revenu	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Cameroon	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Cap-Vert	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Chili	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Chine	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Colombie	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Comores	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Congo	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Costa Rica	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Côte d'Ivoire	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique

Pays	Classement économique	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Croatie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Cuba	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Djibouti ^a	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Région de la Méditerranée orientale
Dominique	Revenu moyen supérieur		Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et 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	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Équateur	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Érythrée	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Éthiopie	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
ex-République yougoslave de Macédoine	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Fédération de Russie	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Fidji	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Gabon	Revenu moyen supérieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Gambie	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Géorgie	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Ghana	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Grenade	Revenu moyen supérieur		Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Guatemala	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Guinée	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Guinée 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	Concentrated	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Haiti	Faible revenu	Généralisée	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Honduras	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Hongrie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Pays industrialisés	Région de l'Europe
Îles Cook	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Îles Marshall	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Îles Salomon	Faible revenu	Peu étendue	Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Inde	Faible revenu	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de l'Asie du Sud-Est
Indonésie	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région de l'Asie du Sud-Est

Pays	Classement économique	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Iran (République Islamique d')	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Afrique du Nord et Moyen-Orient	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
Jamahiriyah 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	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et 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
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 et Pacifique	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 et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Malawi	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Maldives	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de l'Asie du Sud-Est
Mali	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Maroc	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	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 du Nord	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Micronésie (États fédérés de)	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Mongolie	Faible revenu	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Monténégro	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Mozambique	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Myanmar	Faible revenu	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région de l'Asie du Sud-Est
Namibie	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Nauru	N'est pas membres de la Banque mondiale		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Niger	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique

Pays	Classement économique	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Nigéria	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Nioué	N'est pas membre de la Banque mondiale		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Oman	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	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
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 et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Panama	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Faible revenu	Généralisée	Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Paraguay	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Pérou	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Philippines	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Pologne	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie 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 et Pacifique	Région du Pacifique occidental
République dominicaine	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
République 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 et Pacifique	Région de l'Asie du Sud-Est
République-Unie de Tanzanie	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Roumanie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Rwanda	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Sainte-Lucie	Revenu moyen supérieur		Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Saint-Kitts-et-Nevis	Revenu moyen supérieur		Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	Revenu moyen supérieur		Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Samoa	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Sao Tomé-et-Principe	Faible revenu	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

Pays	Classement économique	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
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 orientale et Asie centrale	Pays industrialisés	Région de l'Europe
Somalie	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique orientale et australe	Région de la Méditerranée orientale
Soudan ^a	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 centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Swaziland	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique orientale et australe	Région de l'Afrique
Tadjikistan	Faible revenu	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Tchad	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Thaïlande	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région de l'Asie du Sud-Est
Timor-Leste	Faible revenu	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région de l'Asie du Sud-Est
Togo	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique centrale et de l'Ouest	Région de l'Afrique
Tonga	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Tunisie	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Région de la Méditerranée orientale
Turkmenistan	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	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Tuvalu	N'est pas membre de la Banque mondiale		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Ukraine	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants	Région de l'Europe
Uruguay	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Vanuatu	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Venezuela (République bolivarienne du)	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Viet Nam	Faible revenu	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Yémen	Faible revenu	Peu étendue	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 L'UNICEF inclut Djibouti à la fois dans la Région de l'Afrique du Nord et du Moyen Orient et dans celle de l'Afrique subsaharienne. A la différence du rapport publié en 2009, Djibouti est inclus en Afrique du Nord et du Moyen Orient mais non plus en Afrique Subsaharienne dans l'ensemble de ce rapport.

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.

Annexe 8: liste des indicateurs pour suivre et analyser la riposte au VIH/sida dans le secteur de santé

A Dépistage et services de conseils

- A1 (Nombre et) Pourcentage d'établissements de santé où le dépistage du VIH et les services de conseils sont disponibles
- A2 Nombre (et pourcentage) 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 (PPE)

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/trices 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 TB/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
- 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
- G3e Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 60 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 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 postpartum (≤ 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 (nourrissons exposés 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'alimentation (allaitement au sein exclusif, alimentation de remplacement, mixte/autre) des nourrissons nés de femmes séropositives au VIH à la visite DTP3 (3^{ème} dose vaccination diphtérie, coqueluche, tétanos)
- 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

L'annexe 1 présente des données par pays sur le conseil et le dépistage du VIH.

L'annexe 2 présente des données par pays sur les infections sexuellement transmissibles.

Les annexes 3 et 4 présentent des données par pays sur le traitement antirétroviral.

L'annexe 5 présente des données par pays sur les interventions en rapport avec la prévention de la transmission mère-enfant et sur les interventions ciblant les enfants.

L'annexe 6 présente, ventilés suivant les régions de l'OMS et de l'UNICEF, les principaux indicateurs en rapport avec la couverture du traitement antirétroviral et avec la couverture des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant.

L'annexe 7 donne la liste des pays avec le type d'épidémie et le type d'économie pour chacun d'entre eux.

L'annexe 8 donne la liste des indicateurs recueillis pour ce rapport.

Les données présentées dans ces annexes ont été recueillies par l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en utilisant l'outil pour l'établissement de rapports annuels sur la surveillance de la riposte du secteur de la santé au VIH et au sida (1) (voir le sous chapitre 1.1 dans le chapitre 1).

Cet outil pour l'établissement de rapports annuels a été envoyé aux pays en janvier 2010. Pour faciliter la collaboration au niveau des pays, les bureaux de l'OMS, de l'UNICEF et de l'ONUSIDA de chaque pays ont travaillé conjointement avec leurs homologues nationaux et différentes agences partenaires pour réunir et valider les données suivant un processus commun de collaboration. Entre mars et avril 2010, les pays ont envoyé les données aux bureaux régionaux et aux sièges de l'OMS et de l'UNICEF.

En avril 2010, une réunion internationale d'harmonisation a par ailleurs été organisée afin d'examiner 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 à l'*Emergency Plan for AIDS Relief* du Président des États-Unis d'Amérique, et pour procéder à une validation croisée de ces données. Quand des incohérences ont été retrouvées entre les données transmises aux différentes organisations, une lettre de suivi a été envoyée aux bureaux pays de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS pour qu'ils contactent les autorités nationales afin de clarifier et de résoudre ces incohérences.

Notes explicatives concernant l'annexe 1

L'annexe 1 présente des données sur l'extension des services de conseil et de dépistage du VIH en 2008 et en 2009 et donne pour chaque pays des données sur la disponibilité au niveau national des services de conseil et de dépistage du VIH pour l'adulte dans les établissements de santé de 111 (2008) et 118 (2009) pays à revenu faible ou moyen.

Elle présente aussi des données pour 100 pays à revenu faible ou moyen sur l'utilisation du conseil et du dépistage du VIH pour l'adulte.

Nombre d'établissements de santé disposant de services de conseil et de dépistage du VIH

Le nombre d'établissements de santé disposant de services de conseil et de dépistage du VIH est calculé à partir d'une synthèse de données compilées au niveau national ou sous-national, suivant ce qui a été transmis par les pays. Les données agrégées doivent inclure les établissements de santé offrant ces services dans des sites de conseil et de dépistage du VIH du secteur privé, dans ceux gérés par des organisations non gouvernementales (ONG) et dans les sites de conseil et de dépistage volontaire; cela n'a cependant pas été possible pour tous les pays. Au total, 118 pays ont transmis des données pour l'année 2009.

Nombre de personnes de 15 ans et plus ayant reçu un conseil, effectué un dépistage VIH et connaissant leur résultat

Le nombre d'adultes ayant reçu un conseil, effectué un test VIH et connaissant leur résultat est obtenu à partir des rapports systématiques établis par tous les points de prestation de services, c'est-à-dire les sites de conseil et de dépistage volontaire, les services de consultations, les hôpitaux, et les services de proximité dépendant d'ONG. Les données sont compilées au niveau du district ou au niveau local, puis finalement au niveau national. Au total, 100 pays ont transmis des données pour l'année 2009.

Notes explicatives concernant l'annexe 2

L'annexe 2 fournit pour chaque pays des données sur :

- l'accès aux services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles pour les professionnel(le)s du sexe chez qui le risque d'être infecté par le VIH ou de transmettre cette infection est élevé, et
- l'infection par la syphilis parmi les femmes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals.

Nombre de sites ciblés de dispensation de soins pour les professionnel(le)s du sexe, où les services liés aux infections sexuellement transmissibles sont disponibles [pour 1000 professionnel(le)s du sexe]

Le nombre de sites ciblés de dispensation de soins pour les professionnel(le)s du sexe est obtenu à partir des données des programmes sur les sites de services en rapport avec les infections sexuellement transmissibles, suivant ce qui a été transmis par les pays. L'estimation du nombre de professionnel(le)s du sexe a été obtenue en utilisant les méthodes recommandées par l'ONUSIDA (2). Au total, 51 pays ont transmis des données pour l'année 2009.

Prévalence de la syphilis parmi les femmes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals

Les données sur la prévalence de la syphilis parmi les femmes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals sont obtenues à partir de données des programmes nationaux, d'enquêtes de séroprévalence, d'Enquêtes Démographiques et Sanitaires (EDS) ainsi que d'autres sources.

Notes explicatives concernant les annexes 3 et 4

Les annexes 3 et 4 présentent des données par pays sur l'accès au traitement antirétroviral.

L'annexe 3 fournit pour chaque pays des données sur l'accès au traitement antirétroviral au niveau national et tous groupes d'âge confondus dans 149 pays à revenu faible ou moyen, 135 d'entre eux ayant pu transmettre des données pour l'année 2009. Le rapport présente aussi les données disponibles les plus récentes pour les pays à revenu élevé. Les données provenant du secteur privé ont été fournies en notes de bas de page.

L'annexe 4 fournit des données sur l'accès au traitement antirétroviral ventilées selon le sexe et l'âge (*adultes* – 15 ans et plus, *enfants* – moins de 15 ans) pour les pays à revenu faible ou moyen. Les données sur le nombre d'adultes recevant un traitement antirétroviral sont disponibles pour 136 pays, et les données sur le nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral sont disponibles pour 143 pays. Globalement et pour l'année 2009, 105 pays ont fourni des données ventilées selon l'âge, et 119 pays ont fourni des données ventilées selon le sexe.

Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral

Que ce soit pour les pays à revenu faible ou moyen ou pour les pays à revenu élevé, les données transmises sur les personnes recevant actuellement un traitement antirétroviral ont été obtenues à partir des rapports les plus récents des ministères de la santé ou d'autres sources fiables existant dans les pays, telles que des rapports fournis par des partenaires bilatéraux, des fondations et des organismes non gouvernementaux qui sont les principaux prestataires de services de traitement. L'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF travaillent avec les pays pour obtenir le plus possible de données propres à chaque établissement de santé sur le nombre de personnes recevant un traitement.

Sur les 149 pays à revenu faible ou moyen, 126 ont fourni des données sur l'accès aux antirétroviraux en décembre 2009 ou plus tard. Ces pays comptaient presque 70 % des personnes sous traitement à la fin de l'année 2009. Pour 7 pays, notamment l'Afrique du Sud, les données étaient disponibles pour les mois de septembre, d'octobre ou de novembre 2009. Ensemble, ces 133 pays comptaient 96 % du nombre total de personnes recevant, selon les estimations, un traitement antirétroviral à la fin de l'année 2009 dans les pays à revenu faible ou moyen.

L'estimation du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral suppose un certain niveau d'incertitude pour les pays qui ne disposent pas encore d'un système qui permette l'établissement régulier de rapports recueillant des données précises sur les personnes qui commencent un traitement pour la première fois, qui arrêtent le traitement, qui sont perdues de vues ou qui décèdent.

L'incertitude peut aussi provenir de la difficulté à mesurer l'importance de la fourniture du traitement dans les établissements à but lucratif et à but non lucratif du secteur privé. Dans certains pays, des personnes reçoivent un traitement d'ONG ou de services de consultation privés qui ne transmettent pas de données selon les voies officielles. Certaines sociétés privées disposent aussi de programmes aidant à fournir un traitement antirétroviral aux travailleurs à un stade avancé de l'infection à VIH, mais dans certains cas ne transmettent pas leurs données sur ces programmes aux autorités de santé publique.

Estimation du besoin en traitement et estimation de la couverture

Des méthodes classiques ont été utilisées pour estimer l'ampleur et l'évolution de l'épidémie, le nombre de personnes vivant avec le VIH, le nombre de nouvelles infections, la mortalité imputable au sida et le besoin en traitement (4,5). Le besoin en traitement est estimé en utilisant des méthodes de modélisation statistique appliquées à l'ensemble des personnes qui

remplissent les critères pour commencer un traitement, que ces personnes connaissent ou non leur statut par rapport au VIH et leur admissibilité au traitement antirétroviral (encadré 4.2). Les lignes directrices de l'OMS ont fait l'objet d'une mise à jour en 2009, notamment les seuils auxquels commencer un traitement (encadré 4.1); de ce fait, l'estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen a considérablement changé en 2010.

Les estimations de la couverture du traitement antirétroviral présentées dans l'annexe 3 ont été calculées en divisant le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral à la fin de l'année 2009 par l'estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement en 2009 (selon les méthodes de l'OMS et de l'ONUSIDA). Les fourchettes encadrant les estimations de la couverture sont basées sur les fourchettes d'incertitude encadrant les estimations des besoins (6). Certains pays ont élaboré leurs propres méthodes pour estimer le besoin en traitement, estimation qui peut être différente de celle obtenue en utilisant les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS. Pour analyser et comparer entre différents pays la couverture du traitement antirétroviral, des estimations normalisées du besoin en traitement et obtenues en suivant les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS ont été utilisées dans ce rapport. Les estimations des besoins de certains pays obtenues à partir de méthodes spécifiques à ces pays sont également présentées dans l'annexe 3, mais ces données n'ont pas été agrégées et n'ont pas été utilisées pour calculer et analyser la couverture régionale ou mondiale.

L'annexe 4 donne une estimation du besoin en traitement antirétroviral et de la couverture de ce traitement chez les enfants de moins de 15 ans par pays en 2009.

Les estimations des besoins en traitement chez l'enfant, y compris les fourchettes d'incertitude, sont obtenues en utilisant les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS (4,5).

Selon les lignes directrices de l'OMS de 2010, il est recommandé de commencer un traitement antirétroviral chez tous les enfants infectés par le VIH de moins de 24 mois quel que soit le nombre de CD4 (5). D'autres recommandations se trouvent dans l'encadré 5.6.

Les estimations de la couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant présentées dans l'annexe 4 ont été calculées en divisant le nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral à la fin de l'année 2009 par l'estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement en 2009 (selon les méthodes de l'OMS et de l'ONUSIDA). Les fourchettes encadrant les estimations de la couverture sont basées sur les fourchettes d'incertitude encadrant les estimations des besoins (6).

Dans certains pays, les estimations des besoins sont en cours d'examen; ces pays ont donc signalé qu'ils préféreraient que leurs estimations ne soient pas publiées (ou que seule une fourchette soit indiquée); leurs estimations ont cependant été utilisées pour calculer les estimations régionales des besoins et de la couverture.

Notes explicatives concernant l'annexe 5

Prévention de la transmission mère-enfant

L'annexe 5 fournit des données sur les indicateurs recueillis en utilisant l'outil pour l'établissement de rapports annuels de l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA sur le 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 la prévention de la transmission mère-enfant

Le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant est calculé à partir des données agrégées des programmes nationaux et provenant des établissements de santé et des autres sites de prestation de services, suivant ce qui a été transmis par les pays.

Au total, 120 pays ont transmis des données pour l'année 2009. L'ensemble de ces pays comptait pratiquement (99,9%) l'intégralité des 1,4 million de femmes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou moyen. Toutes ces femmes ont besoin de recevoir des interventions efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, notamment un traitement antirétroviral ou une prophylaxie à base d'antirétroviraux pour prévenir la transmission du virus à leur enfant.

Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant

Les estimations du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant sont calculées en utilisant une modélisation statistique normalisée selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS prenant en considération différents paramètres de l'épidémie et différents paramètres démographiques ainsi que la couverture du programme national de traitement antirétroviral dans le pays, comme la prévalence de l'infection à VIH chez la femme en âge de procréer et l'effet de l'infection à VIH sur la fertilité (4). Ces procédures de modélisation statistique sont utilisées pour calculer une estimation exhaustive au niveau de la population du nombre total de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant dans le pays. Ces outils ont fait l'objet de mises à jour scientifiques régulières (7).

Comme pour les estimations du besoin de traitement antirétroviral présentées dans l'annexe 3, l'annexe 5 fournit des fourchettes d'incertitude encadrant les estimations de la population ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et, en fonction de ces chiffres, la couverture des femmes enceintes vivant avec le VIH pour la prévention de la transmission mère-enfant. Dans certains pays, les estimations des besoins sont en cours d'examen ; ces pays ont donc signalé qu'ils préféreraient que leurs estimations ne soient pas publiées (ou que seule une fourchette soit indiquée) ; leurs estimations ont cependant été utilisées pour calculer les estimations régionales des besoins et de la couverture.

Couverture des femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant

La couverture des antirétroviraux pour la prévention de 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 la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en 2009 par l'estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans le pays.

Les fourchettes encadrant les niveaux de couverture sont basées sur les fourchettes d'incertitude encadrant les estimations des besoins. Les chiffres et les fourchettes d'estimation sont fournis pour les pays où l'épidémie est généralisée ; seules les fourchettes sont fournies pour les pays où l'épidémie est concentrée.

L'annexe 5 présente aussi des données sur les indicateurs suivants :

- le nombre de femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH ;
- le nombre et le pourcentage de nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant ;
- le nombre et le pourcentage de nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont reçu une prophylaxie par cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance ; et
- le nombre et le pourcentage de nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont bénéficié d'un test virologique à l'âge de deux mois.

Notes explicatives concernant l'annexe 7

Classement par revenu

Sauf mention contraire, toutes les analyses de données contenues dans ce rapport sont basées sur les données des 149 pays classés comme pays à revenu faible ou moyen par la Banque mondiale en juillet 2007 (8).

Les économies sont classées comme revenu faible, moyen ou élevé selon le revenu national brut par habitant en 2006, 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 moyen de la tranche inférieure, \$US 906 à \$US 3.595 ; revenu moyen de la tranche supérieure, \$US 3.596 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 étant peu étendues, concentrées ou généralisées, en fonction des principes présentés ci-dessous.

Épidémies peu étendues

Principe. Bien que l'infection à 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 par injection, hommes ayant des rapports sexuels 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 de matériel d'injection) ou que le virus n'a été introduit que très récemment.

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 tend à indiquer l'existence d'un réseau actif de comportements à risque dans le sous-groupe concerné. L'évolution de l'épidémie est déterminée par la fréquence et la nature des liens entre les sous-groupes de population très infectés et la population générale.

Épidémies généralisées

Principe. Dans les épidémies généralisées, l'infection à VIH est solidement implantée dans la population générale. Bien que les sous-groupes exposés à un risque élevé puissent continuer à contribuer de manière disproportionnée à la transmission du virus, les réseaux sexuels dans l'ensemble de la population générale sont suffisants pour maintenir l'épidémie, indépendamment des sous-groupes à risque élevé d'infection.

Classement par région géographique

Ce rapport présente des données sur 149 pays à revenu faible ou moyen et par région géographique. Les régions géographiques reprennent la répartition utilisée par l'ONUSIDA.¹ 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=46) ; 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 Afrique du Nord et Moyen-Orient (n=14). 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 la Région de l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est.

L'OMS compte 193 États Membres groupés en six régions, et 149 États Membres de l'OMS sont des pays à revenu faible ou moyen : Région africaine de l'OMS (n=46) ; Région OMS des Amériques (n=29) ; Région OMS de la Méditerranée orientale (n=16) ; Région européenne de l'OMS (n=26) ; Région OMS de l'Asie du Sud-Est (n=11) ; et Région OMS du Pacifique occidental (n=21). La liste des 44 pays restants à revenu élevé se trouve dans la deuxième partie de l'annexe 3.

L'UNICEF regroupe les 149 pays à revenu faible ou moyen dans sept régions : Afrique de l'Est et Afrique australe (n=22) ; Afrique de l'Ouest et Afrique centrale (n=24) ; Asie orientale et Pacifique (n=26) ; Amérique latine et Caraïbes (n=29) ; Asie du Sud (n=8) ; Afrique du Nord et Moyen-Orient (n=14) ; et Europe centrale et orientale et Communauté des États indépendants (n=21). Cinq pays à revenu moyen sont classés comme industrialisés.

Références

1. OMS, UNICEF et ONUSIDA. *Guide sur les Indicateurs pour le suivi et le bilan de la Riposte du Secteur de la santé au VIH/sida*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/hiv/data/tool2010/en/>, consulté en ligne le 20 novembre 2010).
2. OMS et ONUSIDA. *Guidelines on Estimating the Size of Populations Most at Risk to HIV*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
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 2009* Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/hiv/pub/tuapr_2009_fr.pdf, consulté en ligne le 20 novembre 2010).
4. *Méthodes et hypothèses pour les estimations* [site Internet]. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2009 (<http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/Methodology/default.asp>, consulté en ligne le 20 novembre 2010).
5. *Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599801_eng.pdf, consulté en ligne le 20 novembre 2010).
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. 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 I):i24-i30.
8. Données : classification des pays [site Internet]. Ville de Washington, Banque mondiale, 2008 (<http://donnees.banquemondiale.org/a-propos/classification-pays>, consulté en ligne le 20 novembre 2010).

¹ L'ONUSIDA regroupe dans la riposte au sida les efforts et les ressources de dix organismes du système des Nations Unies. Les dix organismes coparrainants de l'ONUSIDA sont :

- le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR)
- le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
- le Programme alimentaire mondial (PAM)
- le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)
- le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)
- l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC)
- l'Organisation internationale du Travail (OIT)
- l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)
- l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- la Banque mondiale.



Pour plus d'informations, consultez :
Organisation mondiale de la Santé
Département VIH/sida
Avenue Appia 20
1211 Genève 27
Suisse
E-mail : hiv-aids@who.int
www.who.int/hiv



ISBN 978 92 42 50039 4



9 789242 500394