



Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015

1. La stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011–2015 a été mise au point au cours d'un vaste processus consultatif impliquant toutes les parties prenantes dans la Région et a été adoptée par les États Membres lors de la cinquante-septième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (résolution EM/RC57/R.5). Le but de la stratégie est de réduire la transmission du VIH et d'améliorer la santé des personnes vivant avec le VIH. Ses objectifs spécifiques portent principalement sur l'amélioration des informations liées au VIH, de l'accès aux soins, aux traitements et aux services de prévention pour le VIH et le renforcement des systèmes de santé.
2. La stratégie identifie des priorités clés pour les pays, en prenant en compte la situation épidémiologique dans la Région, les obstacles et les défis principaux auxquels sont confrontés les gouvernements, la société civile et leurs partenaires. Ce rapport présente les progrès accomplis dans la mise en œuvre des priorités et des interventions essentielles exposées dans la stratégie en termes de réalisations, de lacunes et de défis.

Progrès par objectif

Objectif 1 : Recueillir des informations utiles et fiables sur l'épidémie de VIH et sur la riposte pour permettre une prise de décision stratégique

3. Fin 2010, le nombre estimé des personnes vivant avec le VIH était de 560 000. Même si la prévalence globale du VIH dans la Région est restée faible (0,2 %), les nouvelles infections ont atteint 82 000 cas (dont 7 400 enfants)¹. Le nombre croissant de nouvelles infections a placé la Région de la Méditerranée orientale parmi les deux premières régions au monde où l'épidémie de VIH progresse le plus rapidement. Les estimations concernant le VIH restent insatisfaisantes dans de nombreux pays car les données disponibles y sont insuffisantes pour les inclure dans les modèles d'estimation mathématiques du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Lorsque ces données sont disponibles, ces dernières sont souvent d'une qualité et d'une fiabilité limitées. Ainsi, les estimations restent imprécises et présentent de grandes marges d'erreur.
4. Récemment, des investissements importants ont été réalisés par plusieurs pays pour améliorer leurs connaissances sur la dynamique locale de l'épidémie de VIH. Le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, en collaboration étroite avec l'ONUSIDA et la Banque mondiale, a apporté un soutien technique et financier pour renforcer la capacité des institutions locales à mener à bien la surveillance. Des subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ont aussi contribué à renforcer les systèmes d'information stratégiques.

¹ *La riposte mondiale au VIH/sida : le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel : Rapport de situation, 2011.* Genève, OMS/ONUSIDA/UNICEF, 2011.

5. Des progrès significatifs ont été accomplis par plus de la moitié des pays en termes de recueil d'informations sur les comportements et la prévalence du VIH au sein des populations à haut risque : la concentration de l'épidémie de VIH chez les consommateurs de drogues injectables a été confirmée récemment par des études sur les comportements ainsi que sur la prévalence du VIH en Libye (22 %), au Pakistan (21 %), au Maroc (14 %), en République islamique d'Iran (13 %), en Égypte (7 %) et en Tunisie (3 %)². En outre, l'épidémie de VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est en augmentation, notamment au Pakistan (37 %), en Égypte (6 %), en Tunisie (5 %) et au Maroc (3 %). Des études auprès des professionnels du sexe ont révélé une prévalence du VIH élevée à Djibouti (15,4 %), en Afghanistan (4 %), en République islamique d'Iran (4 %) et au Maroc (3 %).² Dans les quelques pays qui ont recueilli des données au fil du temps et dans différentes zones géographiques, comme la République islamique d'Iran, le Maroc et le Pakistan, l'hétérogénéité et la diversité de l'épidémie locale sont devenues évidentes.

6. L'obtention d'estimations, fondées sur des méthodes fiables, pour la taille des populations les plus à risque demeure un défi majeur. En raison de cette lacune dans les connaissances, les pays ne sont pas en mesure d'estimer la couverture des services de prévention pour ces populations et, par conséquent, l'impact de leurs programmes sur l'épidémie de VIH.

7. Près de la moitié des pays disposent de plans de surveillance et d'évaluation sur leur territoire dédiés à la riposte au VIH. Toutefois, ils sont peu nombreux à avoir la capacité de financement de ces plans et de nombreux pays reconnaissent que des lacunes existent dans les systèmes nationaux de surveillance et d'évaluation. Cette situation rend difficile l'estimation des tendances épidémiques et de la couverture par les services. En particulier, des données insuffisantes ou inadéquates sur les populations à risque accru limitent la capacité des pays à élaborer puis à déployer des ripostes efficaces au VIH.

Objectif 2 : Élargir l'accès aux services de soins et de traitement du VIH pour les personnes vivant avec le VIH

8. Dans la Région, la mortalité liée au sida a presque doublé au cours de la dernière décennie chez les adultes comme chez les enfants. Les projections pour les cinq années à venir montrent qu'une augmentation rapide de la couverture par le traitement à 50 % dans l'ensemble de la Région (c'est-à-dire la cible de la stratégie régionale pour la couverture) permettrait d'éviter 25 000 décès d'ici 2015.³ En 2010, la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des interventions du secteur de la santé variaient considérablement entre les pays. L'accès au traitement antirétroviral est en amélioration constante, avec une augmentation de près de 25 % entre 2009 et 2010 (passant de 15 473 personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'un traitement antirétroviral à 19 050)⁴ (cf. Figure 1). Toutefois, avec une couverture de 10 %, la Région continue d'avoir le pourcentage de couverture du traitement antirétroviral le plus faible de toutes les régions.

9. Il importe de noter que plus de 80 % des besoins régionaux estimés pour le traitement antirétroviral sont concentrés dans cinq pays de la Région (190 900 personnes vivant avec le VIH ont besoin d'un traitement antirétroviral) : Soudan et Soudan du Sud (93 000 ensemble) ; République islamique

² Examen régional des systèmes de surveillance du VIH 2011, rapport de pays

³ Rapport régional de l'ONUSIDA pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord. Le Caire, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida, 2011.

⁴ Rapports des pays sur l'accès universel, 2011.

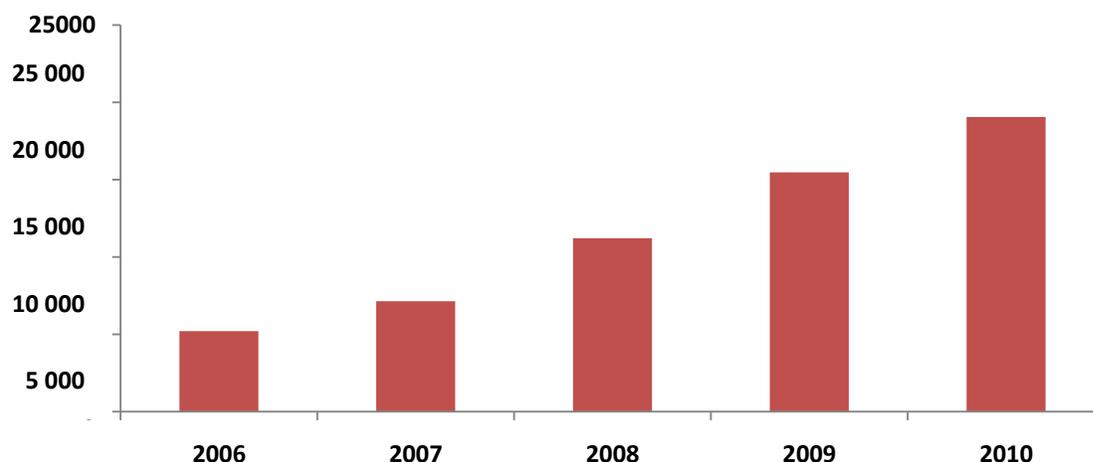


Figure 1. Nombre de personnes vivant avec le VIH et bénéficiant d'un traitement antirétroviral dans la Région OMS de la Méditerranée orientale

d'Iran (26 000) ; Somalie (25 000) ; Pakistan (22 000).³ Atteindre les cibles régionales pour la couverture du traitement antirétroviral dépend de quatre pays ayant la plus forte charge pour améliorer la stratégie de traitement nationale associée à l'engagement sérieux d'élargir le conseil et le dépistage du VIH - c'est-à-dire l'étape la plus critique pour accéder au traitement. Un grand nombre de personnes ayant reçu le diagnostic d'infection à VIH en République islamique d'Iran et au Pakistan sont des consommateurs de drogues injectables et il est difficile de les convaincre de s'engager dans des soins chroniques et d'être assidus en la matière.

10. Pour 2010, 17 pays de la Région ont transmis des données relatives au maintien des soins pour les personnes sous traitement antirétroviral après 12 mois. Les données indiquent clairement l'impact positif potentiel du traitement antirétroviral sur la vie des personnes vivant avec le VIH. Six pays ont notifié des pourcentages de maintien des soins à 12 mois supérieurs à la moyenne mondiale de 82 % pour les pays à revenu faible et intermédiaire, alors que plusieurs pays présentent des taux très faibles, comme Djibouti, le Soudan et le Yémen. Alors que de nombreux pays dans la Région, en particulier les pays à revenu élevé, parviennent à faire adhérer presque l'ensemble des personnes vivant avec le VIH recensées dans l'attente d'un traitement aux services proposant un traitement antirétroviral, il est aussi important de souligner que dans certains pays, il existe un grand nombre de patients qui sont perdus de vue avant l'instauration d'un traitement antirétroviral.

11. La connaissance du statut sérologique d'une personne étant une condition prérequis pour accéder au traitement, l'augmentation de l'accès au dépistage du VIH reste un défi incontournable dans les pays de la Région. Près de 60 % des tests VIH réalisés entre 1995 et 2008 concernaient des travailleurs migrants, alors que les tests effectués dans les principales populations ayant un risque accru d'infection représentaient seulement 4 %. De plus, la majorité des tests VIH dans la Région sont des tests obligatoires, et si le conseil et le dépistage volontaire de qualité sont disponibles, ils ne sont pas facilement accessibles aux personnes qui courent un risque accru. Plusieurs pays signalent une sous-

utilisation des services de conseil et de dépistage volontaire du VIH. Le Bureau régional recommande que les pays examinent leurs méthodes de conseil et de dépistage du VIH en termes d'adéquation et de pertinence pour identifier les personnes vivant avec le VIH et les amener à consulter les services de prévention, de traitement et de soins du VIH.

12. L'offre systématique d'un test VIH à certaines catégories de patients dans des établissements de soins de santé, c'est-à-dire un service de conseil et de test VIH à l'initiative du prestataire de soins, a augmenté de manière croissante dans la Région, même si cette offre en est encore à ses tout débuts et si sa couverture reste faible. Des expériences récentes au Maroc, à Oman et en Somalie ont mis en évidence des pourcentages élevés de tests VIH lorsque l'offre de test était faite aux femmes enceintes consultant dans des établissements de soins prénatals. À Djibouti et au Soudan, les services de conseil et de dépistage de la tuberculose à l'initiative du soignant sont parvenus à établir le statut VIH de 55 % et 60 %, respectivement, des patients atteints de tuberculose. Parmi les patients atteints de tuberculose ayant bénéficié d'un test à Djibouti et au Soudan, 10 % et 4 %, respectivement, étaient séropositifs au VIH.

Objectif 3 : Élargir l'accès aux services de prévention du VIH pour les personnes exposées au risque d'infection et de transmission du VIH

13. Dans la Région, le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'un traitement antirétroviral visant à éviter la transmission mère-enfant est estimé à moins de 20 000. Il s'agit d'un nombre peu élevé ; toutefois, sans les interventions visant à prévenir la transmission mère-enfant, le nombre d'enfants naissant avec le VIH augmenterait chaque année et s'ajouterait à la charge globale de morbidité. En 2010, la couverture estimée des services de prévention de la transmission mère-enfant était très faible, à savoir 4 %. Le nombre d'enfants âgés de moins de 15 ans bénéficiant d'un traitement antirétroviral a augmenté légèrement, passant de moins de 500 en 2008 à 600 en 2009 puis à 780 en 2010. Très peu de pays dans la Région mettent en œuvre un programme exhaustif d'interventions efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. La charge de morbidité pour le VIH est extrêmement variable entre les pays de la Région. Il en est de même pour la disponibilité des ressources et les atouts des programmes pour la santé maternelle et infantile et pour la riposte au VIH (Tableau 1).

14. Lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies traitant du sida en juin 2011, le Secrétaire général a lancé un plan mondial visant l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2015 et le maintien en vie de leur mère. Les administrateurs nationaux des programmes de lutte contre le sida lors de leur réunion régionale en 2011 ont invité l'OMS, l'UNICEF et les organismes partenaires à élaborer un cadre régional pour l'élimination de la transmission mère-enfant en 2011. Il est essentiel que les décideurs politiques, les administrateurs de programme, les experts et les personnes affectées participent à l'élaboration de ce cadre et que ce dernier soit adopté par les ministres de la santé en 2012. À partir du cadre convenu, les plans nationaux de prévention de la transmission mère-enfant devront être révisés pour s'aligner sur les objectifs d'élimination, afin d'assurer une couverture à l'échelle nationale, et d'améliorer la qualité, l'accès et l'utilisation des services.

15. L'épidémiologie du VIH dans la Région pointe clairement et fortement vers l'axe privilégié de la prévention dans les populations à risque accru, notamment les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnels du sexe. Les populations clés à risque accru varient selon les pays. La capacité et l'expérience en termes d'élaboration de stratégies appropriées à l'efficacité maximale et de modèles de prestation de services pour ces groupes de population restent très limitées.

Tableau 1. Variabilité de la charge de morbidité, couverture des programmes de santé maternelle et infantile et prévention de la transmission mère-enfant dans les pays

Pays	Couverture des soins prénatals ^a	% de naissances assistées par du personnel qualifié ^a	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH nécessitant un TARV afin de prévenir la transmission mère-enfant (2010) ^b	Nombre (et couverture estimée) de femmes enceintes dépistées et ayant reçu le résultat de leur test 2010 ^b	Nombre de femmes enceintes séropositives ^b	Nombre de femmes infectées par le VIH ayant reçu un TARV visant à réduire la transmission mère-enfant. 2010 ^b	Pourcentage estimé de femmes enceintes séropositives nécessitant un TARV ayant préalablement reçu un tel traitement pour éviter la transmission de la mère à l'enfant ^b	Nombre d'enfants infectés par le VIH âgés de 0 à 14 ans sous TARV 2010 ^b
Afghanistan	36	24	<100–<500	...	1	1	...	1
Arabie saoudite	97	97	...	...	...	29	...	83
Bahreïn	100	98	...	...	...	...	...	...
Djibouti	79	56	<1 000	5 148 (20 %)	103	38	6 %	11
Égypte	74	92	<100–<1 000	...	7	7	4 %	32
Émirats arabes unis	100	100	...	20 207	1	1	...	...
Iran (République islamique d')	98	97	<500–<1 000	...	...	58	7 %	55
Iraq	51	86	...	...	...	...	...	...
Jordanie	99	99	...	...	3	3	...	2
Koweït	100	100	...	...	...	...	...	2
Liban	...	...	<100	...	...	...	...	4
Libye	93	100	...	...	...	...	...	...
Maroc	80	74	<500–<1 000	3 052 (1 %)	124	...	26 %	168
Oman	99	99	<100	67 110 (>95 %)	27	...	78 %	9
Pakistan	61	87	<1 000– <4 200	3 300 (<1 %)	23	23	1 %	...
Qatar	100	100	...	...	...	...	...	2
République arabe syrienne	88	96	...	...	...	...	...	...
Somalie	26	33	2 600–6 000	5 995 (1%)	35	33	<1 %	33
Soudan	70	49	12 000	20 729	110	110	2 %	245
Soudan du Sud	...	...	...	31 718	533	527	...	75
Territoire palestinien occupé	100	100	...	...	...	...	...	...
Tunisie	96	95	<100–<1 000	...	...	7	7 %	20
Yémen	45	36	...	6 328 (1 %)	21	17	...	38

^a Source : *Demographic, social and health indicators for countries of the Eastern Mediterranean*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2011.

^b Source : La riposte mondiale au VIH/sida : le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel : rapport de situation 2011. Genève, OMS/UNUSIDA/UNICEF, 2011

... Information non disponible

TARV : traitement antirétroviral

16. Actuellement, 13 pays dans la Région mentionnent les consommateurs de drogues injectables dans leurs plans ; 14 pays prennent en compte les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; 14 pays citent les professionnels du sexe et 15 font référence aux prisonniers. De plus, certains pays ont progressivement élargi leurs interventions de prévention à ces populations, comme l'Afghanistan, Djibouti, l'Égypte, la République islamique d'Iran, le Liban, le Maroc, le Pakistan, le Soudan et la Tunisie. Mis à part les programmes de réduction des risques destinés aux consommateurs de drogues injectables en République islamique d'Iran et au Pakistan et les services de prévention pour les professionnels du sexe au Maroc, l'échelle des interventions reste modeste.

Objectif 4 : Contribuer au renforcement des systèmes de santé

17. Dans les pays de la Région, l'interaction des programmes de lutte contre le VIH avec les systèmes de santé est très diverse. Plusieurs composantes des programmes de lutte contre le VIH sont sources de difficultés pour les systèmes de santé, notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire où les systèmes de santé sont moins aboutis. La nature chronique de la maladie, nécessitant un traitement à vie dispensé dans le cadre de soins chroniques, l'impératif d'atteindre les populations qui ont plutôt tendance à éviter les services de santé publics en raison de la stigmatisation, de la discrimination et de la criminalisation de leurs comportements en matière de sexe ou de consommation de drogues sont les aspects les plus difficiles des programmes de lutte contre le VIH. Dans de nombreux pays, les systèmes de santé ne sont pas encore armés pour répondre aux besoins spécifiques des programmes de lutte contre le VIH. Plusieurs pays bénéficient de subventions du Fonds mondial comprenant un financement pour le renforcement des fonctions spécifiques des systèmes de santé.

18. En consultation avec les administrateurs de programmes nationaux de lutte contre le sida, le Bureau régional a élaboré une méthodologie évaluant les interactions entre les programmes de lutte contre le VIH et les systèmes de santé. La méthodologie étudie les opportunités des retombées positives et d'intégration pour les systèmes de santé au moyen d'investissements dans les programmes de lutte contre le VIH. Elle examine aussi les besoins d'adaptation et de renforcement des systèmes de santé afin d'améliorer les résultats sanitaires en matière de VIH.

Orientations futures

19. Étant donné les lacunes importantes qui persistent dans la couverture des personnes nécessitant des services de prévention, de soins et de traitement du VIH, les administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le sida, les organisations de la société civile, l'Organisation mondiale de la Santé et les organismes partenaires ont consenti à axer les mesures accélérées sur les interventions prioritaires suivantes en 2012 - 2013.

- Mise en œuvre d'une initiative régionale visant l'élimination de la transmission mère-enfant.
- Élargissement des connaissances sur les populations à risque accru (estimations de leur taille, cartographie, comportements, prévalence du VIH et des infections sexuellement transmissibles).
- Élaboration des modèles de prestation de services et de plans d'amélioration systématique pour la prévention et le traitement du VIH pour les populations à risque accru.
- Réduction des préjugés chez les prestataires de soins de santé.