



**Comité régional de la
Méditerranée orientale**

EM/RC57/5
Août 2010

Cinquante-septième session

Original : arabe

Point 4 c) de l'ordre du jour

Document technique

Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015

L'épidémie de VIH continue à se propager. Au cours de la dernière décennie, on estime que le nombre de nouvelles infections chaque année dans la Région se situait entre 50 000 et 100 000. Les efforts pour empêcher la propagation de l'épidémie et élargir l'accès au traitement antirétroviral vital ont considérablement augmenté. Toutefois, les lacunes restent importantes dans la majorité des pays en matière de connaissances sur la dynamique locale de l'épidémie et les programmes pour ceux qui présentent un risque accru. Ces lacunes sont la principale raison de la transmission continue du VIH. Cette stratégie tient compte de la nécessité d'une réorientation fondée sur une meilleure connaissance de l'épidémiologie du VIH dans la Région, sur les enseignements tirés des succès et échecs passés des programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida, ainsi que de la nécessité de renforcer l'engagement et de lutter plus efficacement contre les problèmes persistants.

Un projet de résolution est joint pour être examiné par le Comité régional.

Sommaire

Résumé d'orientation.....	i
1. Introduction	1
2. Analyse de la situation.....	1
2.1 Contexte mondial.....	1
2.2 Situation régionale.....	2
2.3 Réponse et difficultés actuelles	3
3. Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015.....	5
4. Conclusions	10
5. Recommandations aux États Membres.....	10
Références	15

Résumé d'orientation

Le but de la stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé face au VIH/sida 2011-2015 est d'appeler les États Membres à une action urgente pour renforcer la contribution du secteur de la santé en vue d'atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien relatifs au VIH, et à terme, la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). La stratégie prend en considération les engagements de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001 et 2006 et les orientations stratégiques pour la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien relatifs au VIH élaborées par l'OMS et l'ONUSIDA. Se situant dans le prolongement de la stratégie régionale du même nom pour la période 2006-2010, elle est également complémentaire de la stratégie régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2009-2015, qui ne concerne pas le VIH. Elle tient compte de la nécessité d'une réorientation fondée sur une meilleure connaissance de l'épidémiologie du VIH dans la Région, sur les enseignements tirés des succès et échecs passés des programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida, ainsi que de la nécessité de renforcer l'engagement et de lutter plus efficacement contre les problèmes persistants.

L'épidémie n'a cessé de se propager depuis le début des années 1980, période à laquelle les premières infections à VIH ont été dépistées dans la Région. On estime qu'au cours de la dernière décennie, le nombre de nouvelles infections à VIH se situait entre 50 000 et 100 000 chaque année. Si la prévalence du VIH chez les adultes est restée faible (moyenne estimée de 0,2 %), de plus en plus d'éléments indiquent que l'épidémie gagne du terrain dans les sous-groupes de la population présentant un risque accru associé à la consommation de drogues injectables ou à un comportement sexuel à risque. Toutefois, les lacunes restent importantes dans la majorité des pays en matière de connaissances sur la dynamique locale de l'épidémie. Grâce au renforcement des efforts visant à enrayer la propagation de l'épidémie et à élargir l'accès au traitement antirétroviral vital, le nombre de personnes traitées entre 2007 et 2009 a augmenté de 70 %. Quelques pays, comme la République islamique d'Iran, le Maroc et le Pakistan, ont atteint une couverture appréciable pour les personnes ayant besoin de services de prévention, et une couverture faible, voire inexistante, des programmes pour ceux qui présentent un risque accru, ce qui constitue la principale raison de la transmission continue du VIH.

La stratégie régionale favorise principalement l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité des interventions efficaces du secteur de la santé qui font déjà partie des stratégies régionales existantes. Elle met l'accent sur les points suivants : renforcer les systèmes de santé existants pour répondre aux besoins des programmes de lutte contre le VIH ; cibler les interventions sur les groupes de population où le risque de transmission est le plus élevé ; et améliorer le système d'information en renforçant la surveillance du VIH, en garantissant son exhaustivité et en assurant la qualité des données, et mener des recherches. De plus, ladite stratégie prévoit d'inclure des approches actualisées pour renforcer l'accès à la prévention, aux soins et au traitement, comme l'introduction et l'élargissement systématiques des ensembles de services de prévention et de conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant pour les consommateurs de drogues injectables, les professionnels du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes. Les principaux bienfaits escomptés de la stratégie régionale sont les suivants : a) plus d'informations sur la dynamique locale de l'épidémie de VIH pour permettre une prise de décision stratégique ; b) une meilleure couverture des personnes exposées au risque d'infection par le VIH ou de transmission par les services de prévention ; c) une couverture accrue des personnes vivant avec le VIH par les services de traitement et de soins ; et d) un renforcement des capacités des systèmes de santé pour améliorer la qualité, la couverture et la durabilité des services du VIH et autres.

1. Introduction

L'épidémie n'a cessé de se propager depuis le début des années 1980, période à laquelle les premières infections à VIH ont été dépistées dans la Région. On estime qu'au cours de la dernière décennie, le nombre de nouvelles infections à VIH se situait entre 50 000 et 100 000 chaque année. Si la prévalence du VIH chez les adultes est restée faible (moyenne estimée de 0,2 %), de plus en plus d'éléments indiquent que l'épidémie gagne du terrain dans les sous-groupes de population présentant un risque accru associé à la consommation de drogues injectables ou à un comportement sexuel à risque. En 2008, on estime que le VIH a tué 28 400 personnes, parmi lesquelles 4 400 enfants de moins de 15 ans. Les efforts pour empêcher la propagation de l'épidémie et élargir l'accès au traitement antirétroviral vital ont nettement augmenté et certains pays ont atteint une couverture considérable pour les personnes ayant besoin de traitement. Toutefois, les lacunes restent importantes dans la majorité des pays en matière de connaissances sur la dynamique locale de l'épidémie de VIH et les programmes pour ceux qui présentent un risque accru. Ces lacunes constituent la principale raison de la transmission continue du VIH. En outre, les programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenus faible et intermédiaire, qui ont bénéficié ces dernières années d'un soutien considérable de la part des donateurs, se heurtent à des difficultés pour obtenir la qualité, la couverture et la durabilité des interventions dans des systèmes de santé souvent médiocres.

Le but de la stratégie régionale sur la riposte du secteur de la santé face au VIH/sida 2011-2015 est d'appeler les États Membres à une action urgente pour renforcer la contribution du secteur de la santé pour atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien relatifs au VIH. Finalement, les interventions encouragées par la stratégie permettront d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (1), en particulier : l'objectif 4, qui est de réduire la mortalité infantile d'ici 2015, par la prévention de la transmission mère-enfant ; l'objectif 5, qui est de réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle d'ici 2015, en intensifiant les efforts pour détecter les femmes enceintes nécessitant des soins contre le VIH et en fournissant le traitement antirétroviral ; et l'objectif 6, qui appelle les nations à enrayer la propagation des maladies, en particulier le VIH/sida, dans les populations marginalisées qui souvent ont un accès très limité aux services.

La stratégie prend en considération les engagements de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001 (2) et 2006 (3) et les orientations stratégiques pour la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien relatifs au VIH élaborées par l'OMS (4) et l'ONUSIDA (5). Se situant dans le prolongement de la stratégie régionale du même nom pour la période 2006-2010 (6), elle est également complémentaire de la stratégie régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2009-2015 (7), qui ne concerne pas le VIH. Elle tient compte de la nécessité d'une réorientation fondée sur une meilleure connaissance de l'épidémiologie du VIH dans la Région, sur les enseignements tirés des succès et échecs passés des programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida, ainsi que de la nécessité de renforcer l'engagement et de lutter plus efficacement contre les problèmes persistants.

2. Analyse de la situation

2.1 Contexte mondial

Dans le monde, en 2008, on estime que 33,4 millions d'adultes et d'enfants vivaient avec le VIH et que 2,7 millions de personnes ont été infectées, tandis que 2 millions de personnes en sont décédées (8). Cette même année, le nombre estimé d'infections à VIH était inférieur d'environ 30 % au pic d'épidémie 12 ans auparavant. La riposte au VIH a connu de nombreux succès ces derniers temps, notamment une augmentation de la couverture du traitement du VIH qui est passée de 7 % en 2003 à 42 % en 2008 et une baisse de l'incidence du VIH dans certaines régions (8). Toutefois, actuellement, pour cinq personnes infectées par le VIH dans le monde, deux ont accès au traitement.

2.2 Situation régionale

Selon les estimations de 2008, l'épidémie de VIH dans la Région de la Méditerranée orientale continue à s'étendre. En 2008, on estime que 60 600 personnes dans la Région ont été infectées par le VIH, et 28 400 en sont mortes. Le nombre total de personnes vivant avec le VIH dans la Région à la fin de 2008 a été estimé à 461 000 (ONUSIDA, estimations non publiées, 2010). La prévalence du VIH dans la population générale est restée faible avec une moyenne régionale de 0,2 %, qui est la deuxième plus faible après l'Amérique du Nord et l'Europe occidentale et centrale, avec 0,1 % chacune. Toutefois, la variation régionale est considérable et Djibouti, certaines parties de la Somalie et le Soudan méridional ont confirmé une prévalence du VIH dans la population générale supérieure à 1 %, comme le reflète celle des femmes enceintes fréquentant les services de soins prénatals (Tableau 1). Les estimations relatives aux personnes vivant avec le VIH et aux nouvelles infections annuelles des cinq dernières années montrent d'importantes fluctuations dues a) à une amélioration de la méthodologie d'estimation recommandée par le groupe de référence de l'ONUSIDA pour le suivi et l'évaluation et b) à une amélioration des données épidémiologiques de plusieurs pays, y compris le Pakistan et le Soudan. Par conséquent, il est impossible de tirer des conclusions solides sur les tendances de l'épidémie à partir de ces données. Plusieurs pays ont récemment recueilli des informations sur la prévalence du VIH et les comportements à risque parmi les principales populations présentant un risque accru, à savoir les consommateurs de drogues injectables, les détenus, les professionnels du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, en utilisant des méthodologies d'échantillonnage probabilistes à base institutionnelle et communautaire (Tableau 1).

Selon un examen régional des données disponibles sur l'épidémie effectué par la Banque mondiale, l'ONUSIDA et le Bureau régional, plusieurs aspects épidémiologiques contribuent à la propagation du VIH dans la Région (9). Premièrement, dans les pays, l'épidémie se propage principalement par une consommation de drogues injectables dans de mauvaises conditions d'hygiène, un comportement à haut risque chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, et un recours au commerce du sexe par des femmes et des hommes suivi par une transmission aux partenaires sexuels réguliers. L'épidémie chez les consommateurs de drogues injectables a été confirmée en Afghanistan, à Bahreïn, en République islamique d'Iran, en Jamahiriya arabe libyenne et au Pakistan. Les données de l'Égypte, du Liban, du Soudan et de la Tunisie indiquent une épidémie émergente parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Djibouti et la Somalie ont, à ce jour, signalé une forte prévalence du VIH parmi les professionnels du sexe.

Un second aspect, qui existe à différents niveaux dans les pays de la Région, est celui des ressortissants d'un pays qui contractent le VIH lors d'un voyage à l'étranger puis le transmettent à leurs partenaires sexuels à leur retour. La majorité de ces infections est liée à des relations sexuelles ou des injections à l'étranger. Ce mode de transmission génère une répartition aléatoire des infections dans la population mais n'entraîne généralement pas de transmission importante au-delà du ou des partenaire(s) sexuel(s) direct(s).

Finalement, trois pays dans la partie africaine de la Région sont confrontés à une épidémie généralisée du VIH ; il s'agit de Djibouti, du Soudan méridional et de Somalie (certaines zones). Les données des enquêtes sérologiques sentinelles chez les femmes enceintes au Soudan méridional indiquent une transmission du VIH importante au sein de la population générale dans certaines zones. Toutefois, dans ces trois pays également, la transmission du VIH liée aux principales populations présentant un risque accru, notamment dans le commerce du sexe et éventuellement les relations sexuelles entre hommes, risque d'entraîner de façon disproportionnée de nouvelles infections à VIH.

En conclusion, de plus en plus de données indiquent que le VIH pénètre dans les réseaux de consommateurs de drogues injectables et de personnes ayant des comportements sexuels à haut risque, toutefois nombre de ces données doivent être confirmées par de nouvelles études ou des améliorations de la qualité des études. Cependant, les données sont suffisantes pour éveiller l'attention de tous les pays de la Région sur le besoin de renforcer leur vigilance concernant la dynamique de l'épidémie en se concentrant sur les populations à haut risque, leur interaction avec ce que l'on appelle les populations relais (les partenaires sexuels des populations à haut risque) et les liens potentiels avec la population générale.

En ce qui concerne la réalisation de la cible 1 de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement, à savoir interrompre la propagation du VIH ou inverser la tendance, les données épidémiologiques les plus récentes montrent que la propagation n'a pas encore été endiguée dans la Région et que, en l'absence de programmes de prévention efficaces, on peut s'attendre à ce que l'épidémie prenne de l'ampleur parmi les populations à haut risque et leurs réseaux sexuels.

2.3 Réponse et difficultés actuelles

La stratégie régionale pour renforcer la riposte du secteur public au VIH/sida et aux infections sexuellement transmissibles pour la période 2006-2010 a identifié trois composantes principales : 1) renforcer l'engagement politique et mobiliser des ressources supplémentaires pour la riposte au VIH ; 2) obtenir des données sur le statut et les tendances de l'épidémie de VIH ; et 3) étendre l'accès à un ensemble essentiel de services de prévention, de soins et de traitement du VIH. Les programmes nationaux de lutte contre le sida ont mis en pratique les stratégies recommandées à différents degrés, en fonction de nombreux facteurs, notamment l'engagement politique au plus haut niveau, la volonté et la capacité de régler des questions culturellement et politiquement sensibles de façon pragmatique, d'autres priorités nationales (par exemple les situations d'urgence et de conflit) et la disponibilité des ressources.

Surveillance de l'épidémie

Plusieurs pays ont effectué d'importants progrès concernant la compréhension de la situation locale de l'épidémie, notamment en ce qui concerne les populations susceptibles d'être les plus exposées au risque d'infection à VIH. Le nombre de pays ayant réalisé des enquêtes sur la prévalence du VIH et les comportements à risque chez les détenus, les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des relations avec des hommes et les professionnels du sexe a augmenté. De même, les pays ont amélioré la qualité des enquêtes en utilisant, pour la plupart, des méthodologies d'échantillonnage probabiliste. Ces réalisations montrent que même dans un contexte culturel difficile, où ces populations souffrent de stigmatisation et discrimination importantes, il est possible de mener des enquêtes communautaires, si la confidentialité, le respect des droits de l'homme et l'accès aux services pour ceux qui en ont besoin sont garantis. Toutefois, la majorité des pays n'a pas encore pris les mesures nécessaires pour estimer la taille de ces populations et sont donc incapables de prévoir la charge des nouvelles infections et de planifier une couverture efficace par des programmes de prévention. De nombreux pays comptent encore sur la notification passive et sur les tests VIH des grands groupes de populations à faible risque, ce qui ne permet ni de déterminer où, dans quelle population et comment la transmission s'effectue principalement, ni de contribuer efficacement au dépistage du VIH.

Soins et traitement du VIH

Tous les pays ont fait des efforts pour renforcer l'accès au traitement antirétroviral vital. En 2008 et 2009, le nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral a augmenté ; il est passé d'environ 7 850 à environ 13 370 entre fin 2007 et fin 2009. Il a d'ailleurs doublé dans plusieurs pays (Tableau 2). Le nombre de femmes enceintes infectées par le VIH et recevant le traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission mère-enfant signalé au Bureau régional a été multiplié par trois pendant cette période. Tous les pays fournissent gratuitement des antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH qui en ont besoin et se font connaître du système de santé. Toutefois, malgré tous les efforts, l'écart entre le besoin estimé et la couverture régionale réelle du traitement antirétroviral reste d'environ 90 %, le plus important au monde. Le principal obstacle à une couverture plus importante est l'identification des personnes vivant avec le VIH pour leur prise en charge par les services de soins, de traitement et de prévention. Le fait de dépendre du financement des donateurs pour le traitement antirétroviral est une menace à la durabilité des réalisations actuelles dans de nombreux pays à revenu faible.

Conseil et dépistage du VIH

Connaître son statut VIH par un test n'est toujours pas un choix à la portée de la plupart des personnes exposées au risque d'infection dans la Région. Les facteurs contribuant à cette situation sont : un accès limité aux services de dépistage du VIH confidentiel, l'absence de prise de conscience des risques ainsi que la peur de la stigmatisation et de la discrimination dans les familles, les communautés, les écoles et les lieux de travail, y compris la violation des droits de l'homme. En outre, la politique commune de tests obligatoires exige des investissements considérables pour tester les populations à faible risque tout en n'atteignant pas les populations à haut risque sauf si elles sont accessibles dans les établissements, c'est-à-dire lors d'une arrestation ou d'une admission en soins de santé. Les données régionales relatives au dépistage du VIH montrent l'échec de ces politiques en termes d'identification d'un grand nombre de personnes infectées par le VIH (10). Un changement de politique visant à attirer les personnes à haut risque vers un service de conseil et le dépistage volontaire et confidentiel, avec des liens vers la prévention, les soins et le soutien relatifs au VIH, tel que recommandé par l'OMS et l'ONUSIDA, a des chances d'élargir la couverture des personnes vivant avec le VIH par les services de dépistage, conseil, prévention et soin. Le secteur de la santé a le devoir de réduire les préjugés liés au VIH chez les agents de santé, en faisant en sorte que ces derniers connaissent les signes cliniques et symptômes de ce virus afin de lancer un diagnostic à un stade précoce, et de promouvoir les services de conseil et le dépistage volontaire et confidentiel à l'initiative du patient et du soignant.

Prévention de la transmission mère-enfant

Si tous les pays de la Région offrent des services pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), ceux-ci restent fragmentés et limités dans de nombreux environnements. En conséquence, le nombre et le pourcentage estimés de femmes enceintes ayant besoin de médicaments antirétroviraux pour la PTME dans la Région est, comme pour le traitement antirétroviral, le plus bas au monde. En 2008, sur les 18 000 femmes enceintes estimées porteuses du VIH ayant besoin de médicaments antirétroviraux pour la PTME, moins de 500 en ont bénéficié, c'est-à-dire 1 %. Mis à part la disponibilité géographique des services de PTME dans le pays, d'autres facteurs expliquent le faible taux de couverture, notamment la stigmatisation, une faible sensibilisation communautaire, le peu de priorité accordée par les responsables politiques dans certains pays avec une faible épidémie de VIH, l'absence d'intégration dans des services de santé génésique (par exemple des services de conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les services des soins prénatals), de faibles taux de fréquentation des soins prénatals, des systèmes de santé médiocres, et l'absence de ressources

financières durables. L'exhaustivité et la qualité des services, le maintien en traitement des personnes vivant avec le VIH ainsi que les liens entre les services de santé génésique et ceux de traitement et de soins du VIH constituent d'autres obstacles majeurs à la baisse des taux de transmission mère-enfant.

Atteindre les populations à haut risque

Atteindre les populations les plus exposées au risque de VIH par des services de prévention reste la tâche la plus urgente, et en même temps la plus difficile pour les programmes nationaux. Certains pays ont réalisé des progrès notables avec la promotion des services d'atténuation des dommages pour les consommateurs de drogues injectables. Toutefois, même si les données montrent que les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des relations avec des hommes, les professionnels du sexe et les détenus sont les plus exposés au risque d'infection au VIH, le niveau d'efforts pour les programmes de prévention ciblés sur ces groupes reste assez bas dans la plupart des pays (Tableau 3). En outre, il est nécessaire d'intensifier les efforts tenant compte des besoins des deux sexes et des différences culturelles, en particulier pour les femmes partenaires d'hommes adoptant un comportement à haut risque, notamment par des conseils individuels et de couple.

Problèmes liés aux systèmes de santé

Les pays les plus touchés par le VIH dans la Région sont également ceux dont le système de santé présente le plus de défaillances. Les principaux problèmes pour augmenter la couverture des services de soins du VIH et autres soins de qualité sont l'absence d'agents de santé qualifiés, la médiocrité des systèmes de gestion des finances et produits, l'absence d'assurance qualité pour le secteur privé et public, une mauvaise infrastructure de laboratoires et une faible capacité des systèmes d'information pour la gestion.

Engagement politique et financement pour les programmes relatifs au VIH

Ces dernières années, la majorité des pays à revenu faible sont parvenus à mobiliser un financement externe pour les programmes de lutte contre le VIH/sida, principalement par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et/ou la Banque mondiale. Si l'existence d'un financement externe important a permis de renforcer l'engagement des autorités nationales pour la lutte contre le VIH, elle ne s'est pas encore traduite par une allocation de ressources nationales supplémentaires. Il est à craindre que la dépendance croissante au financement des donateurs soit une menace pour la pérennité des réalisations actuelles dans de nombreux pays à revenu faible. Afin de progresser vers la durabilité des ripostes au VIH, les pays doivent : 1) gagner en efficacité en classant par ordre de priorité les interventions où le plus fort impact est escompté (populations présentant un risque accru) ; 2) allouer des ressources nationales ; et 3) exploiter les possibilités d'intégration dans les systèmes existants pour fournir des services de prévention, soins et traitement du VIH.

3. Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015

La stratégie régionale 2011-2015 vise à fournir un cadre aux efforts accélérés pour une contribution efficace du secteur de la santé aux stratégies et plan multisectoriels nationaux de lutte contre le VIH. Elle est axée sur les priorités stratégiques relatives au contexte épidémique dans la Région. Elle aidera les pays à élaborer ou actualiser leurs stratégies multisectorielles contre le VIH, à intégrer le VIH dans leurs plans plus vastes du secteur de la santé et à élaborer des plans opérationnels annuels pour les interventions et services concernant le VIH mis en place dans le secteur de la santé. Finalement, elle permettra d'atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH ainsi qu'à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier les objectifs 4, 5 et 6. La stratégie se concentrera sur les buts et objectifs suivants :

But

Réduire la transmission du VIH et améliorer la santé des personnes vivant avec le virus.

Objectifs

1. Recueillir des informations utiles et fiables sur l'épidémie de VIH et la riposte pour permettre une prise de décision stratégique.
2. Élargir l'accès aux services de soins et de traitement du VIH pour les personnes vivant avec le virus.
3. Élargir l'accès aux services de prévention du VIH pour les personnes exposées au risque d'infection et de transmission.
4. Contribuer au renforcement des systèmes de santé.

Cibles

- ≥ 50 % du nombre estimé d'adultes et d'enfants au stade avancé de l'infection par le VIH bénéficiant du traitement antirétroviral dans la Région
- ≥ 90 % des personnes vivant avec le VIH connues bénéficiant de soins et traitement du VIH dans la Région
- ≥ 20 % du nombre estimé de consommateurs de drogues injectables contactés régulièrement (au moins une fois par mois) par le programme d'échange d'aiguilles et de seringues dans l'année passée
- ≥ 20 % de couverture du nombre estimé de personnes qui s'injectent des opioïdes bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés
- ≥ 20 % de couverture du nombre estimé d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et de professionnels du sexe par un ensemble de services de prévention de la transmission sexuelle du VIH (informations, préservatifs, dépistage et conseil, traitement des infections sexuellement transmises)

Principes directeurs

La stratégie repose sur des cadres d'éthique et de droits de l'homme adoptés au niveau international, qui reconnaissent à tout être humain le droit de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, y compris la santé sexuelle et génésique et la santé mentale, ainsi que sur les valeurs et principes culturels et religieux de protection existants. Elle prône une approche de santé publique, des interventions fondées sur des données factuelles et la prise en considération des besoins des deux sexes, et privilégie un solide engagement de tous les secteurs, y compris les secteurs privé et public et la société civile, afin d'étendre autant que possible l'accès à une prévention et à des soins efficaces.

Composantes de la stratégie

La stratégie comprend les cinq composantes principales suivantes, chacun d'entre elles incluant plusieurs priorités stratégiques régionales :

1. Renforcer les systèmes d'information sanitaire pour le VIH et la recherche opérationnelle.
2. Encourager la volonté politique, la participation et le financement accru pour une riposte au VIH nationale coordonnée et durable.
3. Fournir des services de prévention, de soins et de traitement du VIH et renforcer leur utilisation.
4. Renforcer la capacité des systèmes de santé pour l'intégration efficace des services pour le VIH.
5. Promouvoir un environnement politique et juridique favorable afin de faciliter la riposte du secteur de la santé.

Les pays sont priés d'adapter la stratégie à leurs contextes spécifiques, c'est-à-dire les populations touchées par le VIH, les caractéristiques du système de santé et les facteurs culturels. Ils sont encouragés à utiliser les cinq composantes et les priorités stratégiques identifiées pour chacune d'entre elles afin de planifier les ripostes nationales au VIH du secteur de la santé. Ils se trouveront à des stades différents de mise en œuvre des priorités stratégiques. Lorsque certaines des priorités et interventions stratégiques sont déjà bien en place, les pays doivent passer sans tarder à la mobilisation des ressources et au renforcement des capacités techniques et gestionnaires pour mettre en œuvre d'autres interventions prioritaires.

Composante 1 : Renforcer les systèmes d'information sanitaire pour le VIH et la recherche opérationnelle

Il est essentiel de disposer d'informations fiables sur la répartition et les tendances de l'infection au VIH et des comportements à risque dans la population et sur la couverture des interventions de prévention, de soins et de traitement pour une prise de décision rationnelle. Les données de surveillance épidémique et de suivi des programmes doivent permettre la ventilation par sexe et par âge ainsi que par d'autres variables utiles pour que les administrateurs de programmes puissent adapter les interventions en fonction des besoins spécifiques au sexe et à l'âge.

Priorités stratégiques régionales

- Mettre en place les principaux éléments d'un système de surveillance du VIH : notification des cas de VIH universelle et confidentielle ; estimation de la taille de la population et enquêtes de surveillance biologiques et comportementales auprès des principales populations présentant un risque accru ; analyse des informations obtenues par les tests VIH des donneurs de sang, des personnes fréquentant les soins prénatals et autres populations à faible risque ; suivi et surveillance de la résistance du VIH aux médicaments (11) ; surveillance des personnes fréquentant les soins prénatals (dans les pays ayant des taux de prévalence du VIH supérieurs à 1 % dans la population générale).
- Renforcer la surveillance de la mise en place des programmes et de leur efficacité ; le suivi et l'évaluation de base de la contribution du secteur de la santé à la riposte multisectorielle doit faire partie intégrante du suivi et de l'évaluation globale de la riposte nationale au VIH ; le suivi de la performance des programmes nécessite des indicateurs clairement définis tenant compte des besoins des deux sexes pour la disponibilité et la qualité des services, la couverture des populations en ayant besoin et l'impact sur les facteurs de risques et les résultats sanitaires.
- Fournir des éléments sur la qualité, la faisabilité et l'efficacité des différentes approches et interventions par une recherche opérationnelle. La recherche opérationnelle est nécessaire pour remédier au manque d'informations stratégiques qui ne peuvent être obtenues par la surveillance systématique et le suivi des programmes. En particulier, il est urgent d'obtenir des informations sur les interventions les plus faisables et les plus efficaces dans la Région pour mettre un terme à la stigmatisation et atteindre les populations à risque accru qui sont souvent marginalisées et victimes de stigmatisation et de discrimination.

Composante 2 : Encourager la volonté politique, la participation et le financement accru pour une riposte au VIH nationale coordonnée et durable

Un engagement politique manifeste et durable, un solide engagement de la part des partenaires nationaux et internationaux et un financement accru des gouvernements nationaux ainsi que des engagements des donateurs internationaux sont indispensables pour parvenir à l'accès universel à des services pour le VIH de qualité.

Priorités stratégiques régionales

- Élaborer des plans stratégiques et opérationnels nationaux sur la base d'une solide connaissance de la situation épidémique locale, de l'analyse de la riposte actuelle et des interventions de santé publique fondées sur des données factuelles.
- Inciter les parties prenantes à participer à la planification stratégique et promouvoir l'obligation pour tous les partenaires de justifier les résultats.
- Utiliser des plans stratégiques comme fondement de la mobilisation des ressources nationales et internationales.
- Contribuer à l'harmonisation et à la synergie des efforts des partenaires nationaux et internationaux dans le contexte d'une réponse multisectorielle.
- Adopter une approche du secteur de la santé pour la planification, la mise en œuvre ainsi que le suivi et l'évaluation de la riposte du secteur de la santé au VIH.
- Mobiliser et soutenir la société civile.

Composante 3 : Fournir des services de prévention, de soins et de traitement du VIH de qualité et renforcer leur utilisation

Afin d'obtenir l'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien relatifs au VIH, il est de la responsabilité du secteur de la santé de garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'accessibilité économique, l'acceptabilité et l'utilisation des services de santé.

Priorités stratégiques régionales

- Garantir la sécurité transfusionnelle et la sécurité des interventions médicales.
- Renforcer l'accès aux services de dépistage et conseil pour le VIH et leur utilisation en tant que point d'entrée à la prévention et aux soins.
- Privilégier l'extension de la couverture des interventions de prévention du VIH efficaces connues pour les populations présentant un risque accru de VIH et leurs partenaires sexuels.
- Intégrer l'information et l'éducation sur la prévention du VIH dans les services de santé génésique, de santé maternelle et infantile et d'infections sexuellement transmissibles.
- Intégrer la prévention de la transmission mère-enfant dans les services de santé génésique et infantile.
- Élaborer et étendre les modèles de prestation de services pour une continuité des soins et traitements.
- Normaliser les schémas thérapeutiques et le suivi des patients
- Intensifier le dépistage, la prophylaxie et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.
- Établir des procédures normalisées pour toutes les interventions de prévention, de soins et de traitement à disposition des prestataires de services.

Composante 4 : Renforcer la capacité des systèmes de santé pour l'intégration efficace des services de VIH

L'évolution des programmes de santé, y compris ceux contre le VIH, dépend en grande partie du renforcement des systèmes de santé¹. Remédier à la médiocrité des systèmes de santé actuels facilitera l'intégration des interventions contre le VIH dans le but de renforcer la couverture et la durabilité des services pour le VIH de qualité. Les programmes nationaux de lutte contre le sida et leurs partenaires doivent participer activement aux efforts nationaux et internationaux pour améliorer les systèmes de santé dans les principaux domaines, y compris la politique, les ressources humaines, le financement, la gestion, la prestation de services et les systèmes d'information. Les pays à revenu faible doivent utiliser les possibilités de mobiliser les ressources internationales (par ex le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme) pour renforcer l'infrastructure sanitaire et les personnels de santé.

Priorités stratégiques régionales :

- Renforcer les personnels de santé.
- Renforcer l'infrastructure sanitaire.
- Renforcer l'achat de produits et la gestion des approvisionnements.
- Renforcer l'assurance qualité des services fournis par les secteurs public et privé.
- Élaborer des politiques et mécanismes pour l'implication des organisations non gouvernementales dans la prestation de services de VIH.

Composante 5 : Promouvoir un environnement politique et juridique favorable pour faciliter la riposte du secteur de la santé

Les politiques nationales doivent définir précisément le cadre de la riposte. Les autorités du secteur de la santé doivent encourager les partenariats avec les parties prenantes hors du secteur de la santé, ainsi qu'avec la société civile et les personnes vivant avec le VIH pour préconiser les politiques de soutien. Mais surtout, toutes les politiques doivent garantir le respect des droits de l'homme pour les personnes vivant avec le VIH et celles qui présentent un risque accru de transmission du VIH en général, ainsi que de leur droit au plus haut niveau de santé possible.

Priorités stratégiques régionales

- Réduire les préjugés chez les agents de santé et élaborer des codes de pratique garantissant que les personnes vivant avec le VIH et celles faisant partie des groupes stigmatisés soient traitées avec dignité, respect et égards.
- Contribuer à réduire les préjugés dans les communautés.
- Protéger les personnes séropositives contre la discrimination.
- Mettre à disposition les services de santé nécessaires pour tous ceux qui en ont besoin quels que soient leur statut VIH, leur sexe, leur ethnie, leur comportement à risque ou tout autre facteur.
- Garantir la nature volontaire et confidentielle des tests VIH.
- Protéger les personnes vivant avec le VIH et les principales populations présentant un risque accru de VIH contre les poursuites et/ou arrestations pendant qu'elles recherchent des services de santé.

¹ Les systèmes de santé englobent les personnes, les établissements et les ressources, regroupés selon des politiques établies, pour améliorer la santé de la population qu'ils desservent, tout en répondant aux attentes légitimes des individus et en les protégeant contre le coût des problèmes de santé par diverses activités dont l'intention première est d'améliorer la santé.

- Garantir l'accessibilité économique des produits de prévention du VIH, des médicaments contre le VIH ainsi que du diagnostic.

4. Conclusions

Le VIH reste une cause de morbidité, mortalité et exclusion sociale importantes. Les Nations Unies se sont engagées à atteindre l'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien relatifs au VIH et à enrayer la propagation du VIH ou inverser la tendance (ODD 6). Le présent article préconise une réponse accélérée du secteur de la santé dans le cadre des stratégies multisectorielles nationales contre le VIH.

La stratégie régionale se veut un outil de sensibilisation pour la réorientation et la hiérarchisation des interventions et services du secteur de la santé pour mieux atteindre les personnes exposées au risque d'infection ou vivant avec le VIH et elle fournit une orientation pour tous les pays sur les interventions efficaces et fondées sur des données factuelles. Les principaux bienfaits escomptés de la stratégie régionale sont les suivants : a) plus d'informations sur la dynamique locale de l'épidémie de VIH pour permettre une prise de décision stratégique ; b) une meilleure couverture des personnes exposées au

risque d'infection par le VIH ou de transmission par les services de prévention ; c) une couverture accrue des personnes vivant avec le VIH par les services de traitement et de soins ; et d) un renforcement des capacités des systèmes de santé pour améliorer la qualité, la couverture et la durabilité des services pour le VIH et autres services.

L'OMS va plaider en faveur de l'engagement politique, encourager la mobilisation des ressources, renforcer la collaboration avec les partenaires concernés, soutenir les politiques qu'elle recommande, fournir une orientation stratégique et technique et aider les pays à leur demande, afin de répondre aux besoins techniques et opérationnels et de renforcer la diffusion et l'échange des connaissances et des informations stratégiques sur le VIH.

5. Recommandations aux États Membres

1. Remédier aux lacunes en matière de connaissances de la situation épidémique locale en utilisant des méthodologies de surveillance du VIH adaptées.
2. Examiner et réviser les stratégies nationales de lutte contre le VIH afin de classer par ordre d'importance les interventions en fonction du contexte épidémique local.
3. Élaborer des plans opérationnels chiffrés pour la riposte du secteur de la santé au VIH conformes aux cadres stratégiques nationaux globaux et allouer une proportion adaptée de dépenses en santé à la mise en œuvre de ces plans.
4. Renforcer les capacités des organisations du gouvernement et de la société civile afin d'utiliser au mieux leur potentiel à contribuer à la riposte du secteur de la santé de façon complémentaire.
5. Promouvoir la recherche afin de fournir des éléments destinés à l'élaboration de politiques et approches qui permettent l'accès aux services pour les principales populations présentant un risque accru.

Tableau 1. Prévalence dans les populations à risque faible et élevé selon les enquêtes ou le dépistage systématique 2005-2009

Pays	Personnes fréquentant les services de soins prénatals	Donneurs de sang	Patients tuberculeux	Patients atteints d'infections sexuellement transmissibles	Consommateurs de drogues injectables	Professionnelles du sexe	Hommes ayant des relations avec des hommes	Détenus
	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)
Afghanistan	–	<0,1 ^b	0,2 ^b	–	1–18,2 (2009) ^b	0 (2009) ^b	NA	0,57-1,57 (2009) ^b
Arabie saoudite	0,0 (2007) ^a	0–0,67 (2007) ^a	0–0,3(2007) ^a	0-2,8 (2007) ^a	0-1,6 (2007) ^a	–	–	–
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	1,7 (2008) ^a	0,6 (2008) ^a	11,8 (2008) ^a	–	–	20,3 (2008) ^a	–	–
Égypte	–	0,0 (2008) ^a	0,2 (2008) ^a – <0,001 (2009) ^a (S)	0,0 (2008) ^a (S)	0,6 (2006) ^a	0,8 (2006) ^a	6,2 (2006) ^a	0,22 (2008) ^a <0,001(2009) ^a (S)
Émirats arabes unis	0,0 (2008) ^b (S)	0,0(2008) ^b	0,0 (2008) ^b (S)	–	–	–	–	0,0 (2008) ^a (S)
Iran (République islamique d')	0,0 (2008) ^a (S)	0,0 (2008) ^a	–	1,2 (2008) ^a	13,3 (2007) ^a	–	–	2,8 (2008) ^a
Iraq	0,0 (2009) ^a	0,0 (2008) ^a	0,02 (2009) ^a (S)	0,0 (2008) ^a (S)	–	–	–	0,0 (2008) ^a (S)
Jamahiriya arabe libyenne	0,07–0,3 (2004) ^d	–	–	–	54,0 (2003) (S) (Centre de Tagura) ^d	–	–	18 (2004) (enquête nationale) ^d
Jordanie	–	0,0 (2008) ^a	0,0 (2009) ^a (S)	0,0 (2009) ^a	–	–	–	0,0 (2009) ^a
Koweït	–	–	–	–	–	–	–	–
Liban	–	–	0,05 (2008) ^a (S)	–	0 (2007) ^a	0,0 (2007) ^a	3,6 (2007) ^a	0,16 (2007) ^a
Maroc	0,2 (2008) ^a	0,02 (2008) ^a	0,4 (2009) ^a	0,3 (2009) ^a	–	2,4 (2009) ^a	–	0,4 (2009) ^a
Oman	–	0,02 (2007) ^c	5,9 (2007) ^c (S)	0,5 (2007) ^c	0,43 (2007) ^c	–	–	0,44 (2007) ^c (S)
Pakistan	–	–	3,6 (2008) ^a	–	12-30 (2008) ^a	0-0,25 (2007-8) ^a	1,8 (MSM) (2008) ^a 0–27 (<i>hijra</i> SW) (2008) ^a 0-3,1 MSW (2008) ^a	
Palestine	0,0 (2008) ^a (S))	0,0 (2008) ^a (S)	0,0 (2008) ^a (S)	–	2 ^b	–	–	–

Pays	Personnes fréquentant les services de soins prénatals	Donneurs de sang	Patients tuberculeux	Patients atteints d'infections sexuellement transmissibles	Consommateurs de drogues injectables	Professionnelles du sexe	Hommes ayant des relations avec des hommes	Détenus
	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)	VIH+ (%)
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	1,7 (2007) (zone nord-ouest) ^d	-	4,5 (2004) (3 zones) ^d	6,3 (2007) (Hergeisa) ^d	–	–	–	–
	0,9 (2007) (zone nord-est) ^d			2,2 (2007) (zone nord-est) ^d				
Soudan (nord)	0,19 (2007) ^d	1,25 (2007) ^d	1,66 (2005) ^d	1,47 (2005) ^d	ND	–	9,3 (2005) ^d	8,6 (2006) ^d
Soudan (sud)	3,4 (2007) ^a	–	13,4 (2008) ^a (S)	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	nd ^b	nd ^b	0,02 ^b	nd ^b	0,30 ^b	0,10 ^b	0,5-10 ^b	0,010 ^b
Tunisie	na	0,004 (2009) ^a (S)	0,08 (2008) ^a (S)	0,0 (2008) ^a (S)	3,1 (2009) ^a	0,4 (2009) ^a	4,9 (2009) ^a	nd
Yémen	0,2 (2007) ^a	0,02 (2008) ^a (S)	0,6 (2007) ^a	3,7 (2008) ^c (S)	–	1,3 (2008) ^a (Aden)	–	2,1 (2008) ^c (S)

Source Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale. Base de données régionale sur le VIH :
(s) Données obtenues par un dépistage systématique

^a Bozicevic I. *Regional review of national HIV and STI surveillance systems*, 2009 (non publié)

^b Indiqué par les administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le sida, 19^e réunion des administrateurs nationaux de programmes de lutte contre le sida, Beyrouth, du 13 au 15 mars 2010.

^c Notifications trimestrielles des cas de VIH/sida par les pays au Bureau régional de la Méditerranée orientale

^d Rapports/présentations sur les activités de surveillance fournis par les pays au Bureau régional de la Méditerranée orientale

ND Indiqué comme non disponible

– Aucune donnée fournie au Bureau régional de la Méditerranée orientale

Tableau 2. Disponibilité et/ou couverture des interventions prioritaires données dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale en 2008/9

Pays	Nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral en 2007	Nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral en 2009	Augmentation en pourcentage du nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral entre 2007 et 2009	Pourcentage d'établissements de santé en rupture de stock de traitement antirétroviral	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH bénéficiant du traitement antirétroviral pour la PTME	Pourcentage de sang pour transfusion soumis à un test de dépistage du VIH
Afghanistan	0	19	ND	ND	0	39
Arabie saoudite	662	865	31	0	44	100
Bahreïn	ND	40	ND	100	ND	100
Djibouti	705	893	27	92	ND	ND
Égypte	209	359	72	0	15	100
Émirats arabes unis	ND	121	ND	0	ND	100
Iran (République islamique d')	825	1 181	43	0	52	100
Iraq	0	6	ND	0	ND	100
Jamahiriya arabe libyenne	1 000	1 200	20	100	ND	100
Jordanie	53	77	45	0	2	100
Koweït	107	132	23	ND	3	100
Liban	246	362	47	100	ND	ND
Maroc	1 648	2 614	59	0	56	ND
Oman	260	412	58	0	4	100
Pakistan	550	1 296	137	0	5	87
Palestine	11	8	-27	ND	ND	ND
Qatar	ND	72	ND	ND	ND	ND
Somalie	211	696	230	67	6	100
Soudan (nord)	895	1 996	123	33	30	100
Soudan (sud)	303	1 829	ND	0	ND	ND
République arabe syrienne	75	100	33	0	4	100
Tunisie	ND	412	ND	0	2	100
Yémen	107	268	150	0	3	ND

ND : Données non disponibles au Bureau régional

Source : Données obtenues auprès des programmes nationaux de lutte contre le sida par deux enquêtes : Global Universal Access Monitoring 2008; et Review of implementation of the regional strategy on strengthening health sector response to HIV/AIDS in the Eastern Mediterranean Region (2006–2010), January 2010.

Tableau 3. Disponibilité et/ou couverture des populations présentant un risque accru par des interventions prioritaires dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale en 2008/9

Pays	Consommateurs de drogues injectables			Professionnels du sexe			Hommes ayant des relations avec des hommes		
	Programme d'échange d'aiguilles et de seringues	Traitement de substitution aux opiacées	Conseil et dépistage du VIH	Préservatif	Infections sexuellement transmissibles	Conseil et dépistage du VIH	Préservatif	Infections sexuellement transmissibles	Conseil et dépistage du VIH
Afghanistan									
Arabie saoudite									
Bahreïn									
Djibouti									
Égypte									
Émirats arabes unis									
Iran (République islamique d')									
Iraq									
Jamahiriya arabe libyenne									
Jordanie									
Koweït									
Liban									
Maroc									
Oman									
Pakistan									
Palestine									
Qatar									
Somalie									
Soudan (nord)									
Soudan (sud)									
République arabe syrienne									
Tunisie									
Yémen									

Légende

Services non disponibles	
Faible couverture (projets pilotes à échelle limitée)	
Couverture modérée (1-2 grandes villes)	
Couverture à grande échelle (≥ 3 villes)	

Source : Rapports sur l'accès universel, demandes au Fonds mondial et/ou rapports sur les performances.

Références

1. Résolution A/55/L2 des Nations Unies. *Déclaration du Millénaire des Nations Unies*. New York, Nations Unies, 2000.
2. *Déclaration d'engagement*. Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, 2001.
3. 60/262. Déclaration politique sur le VIH/sida. Résolution adoptée par l'Assemblée générale. Nations Unies, 2006.
4. *Interventions prioritaires : Prévention, traitement et soins du VIH/sida dans le secteur de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
5. *Une action conjointe en vue de résultats. Cadre de résultats de l'ONUSIDA 2009-2011*. Genève, ONUSIDA, 2009.
6. *Stratégie régionale pour renforcer la riposte du secteur de la santé face au VIH/SIDA 2006-2010*. Le Caire, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, 2006 (WHO-EM/STD/089/E).
7. *Stratégie régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2009-2015*. Le Caire, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, 2008 (WHO-EM/RC55/6).
8. *Le point sur l'épidémie de sida 2009*. Genève, ONUSIDA, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (UNAIDS/09.36E/JC1700E)
9. Abu-Raddad L et al. *Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: evidence on levels, distribution and trends. Time for strategic action*. Middle East and North Africa HIV/AIDS Epidemiology Synthesis Project. Washington DC, World Bank/UNAIDS/WHO, 2010.
10. Hermez J et al. A review of HIV testing and counseling policies and practices in the Eastern Mediterranean Region. *AIDS* (Accepted for publication in 2010).
11. Bennett D et al. The World Health Organization's global strategy for prevention and assessment of HIV drug resistance. *Antiviral Therapy*, 2008, 13: Supplement 2: 1–13.