

**Embargo :
mardi, 17 avril 2007,
12.30 heures GMT**



VERS UN ACCÈS UNIVERSEL

Etendre les interventions prioritaires
liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé

Rapport de situation, Avril 2007



**Organisation
mondiale de la Santé**



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONUDC
CIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

unicef

VERS UN ACCÈS UNIVERSEL

Etendre les interventions prioritaires
liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé

Rapport de situation, Avril 2007



**Organisation
mondiale de la Santé**



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONU DC
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 : rapport de l'OMS et de l'ONUSIDA, mars 2007.

« Organisation mondiale de la Santé, ONUSIDA, UNICEF ».

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

ISBN 978 92 4 259539 0

(NLM classification: WC 503.6)

© Organisation mondiale de la Santé 2007

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

Imprimé en Suisse

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ ANALYTIQUE	5
1. INTRODUCTION	11
2. PROGRÈS DANS LES DOMAINES D'INTERVENTION PRIORITAIRES À L'ÉCHELLE MONDIALE	14
2.1 Traitement antirétroviral	14
2.1.1 Couverture et disponibilité des services	14
2.1.2 Égalité d'accès au traitement : femmes, enfants et consommateurs de drogues injectables	17
2.1.3 Prix des médicaments	21
2.1.4 Résultats des traitements	23
2.1.5 Effets du traitement sur la prévention du VIH	29
2.2 Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant	30
2.2.1 Couverture et disponibilité des services	30
2.3 Dépistage du VIH et services de conseil	34
2.3.1 Couverture et disponibilité des services	34
2.3.2 Dépistage et conseil pour les femmes enceintes	36
2.3.3 Dépistage du VIH et conseil pour les patients atteints de tuberculose	37
2.4 Interventions pour les consommateurs de drogues injectables	38
2.5 Contrôle des infections sexuellement transmissibles pour prévenir la transmission du VIH	40
2.6 Surveillance de l'épidémie de VIH/SIDA	43
2.7 Progrès dans la définition d'objectifs quantifiés pour l'accès universel	44
3. PRINCIPAUX ENJEUX	45
4. SYNTHÈSE DES PROGRÈS DANS QUELQUES PAYS FORTEMENT AFFECTÉS PAR LE VIH/SIDA	53
Annexe 1 Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral et ayant besoin d'un traitement antirétroviral, et taux de couverture dans les États membres de l'OMS	64
Annexe 2 Nombre déclaré d'hommes et de femmes adultes (âgés de plus de 15 ans) et d'enfants suivant un traitement antirétroviral, estimation du nombre d'adultes et d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral, et taux de couverture dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	72
Annexe 3 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	82

Lors de la Rencontre de haut niveau sur le VIH/SIDA organisée dans le cadre de l'Assemblée générale en juin 2006, les États Membres de l'Organisation des Nations Unies ont adopté l'objectif global « de l'accès universel à la prévention, au traitement, au soin et aux services d'appui » d'ici à 2010.

S'appuyant sur les enseignements retirés de l'extension des interventions de lutte contre le VIH ces dernières années, l'OMS, qui est l'organisation coparrainante de l'ONUSIDA responsable de la riposte du secteur de la santé au VIH/SIDA, a fixé des priorités pour soutenir les pays, sur la base des cinq orientations stratégiques suivantes, chacune dans un domaine essentiel où le secteur de la santé doit investir pour progresser nettement vers l'accès universel :

1. permettre aux individus de connaître leur statut sérologique ;
2. élargir au maximum la contribution du secteur de la santé à la prévention du VIH ;
3. accélérer l'extension du traitement et des soins du VIH/SIDA ;
4. renforcer et étendre les systèmes de santé ;
5. investir dans l'information stratégique pour améliorer l'efficacité de la riposte.

Dans ce contexte, l'OMS s'est engagée devant l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2006 à surveiller et à évaluer la riposte globale du secteur de la santé dans l'accélération des activités en vue de l'accès universel, et à publier des rapports annuels. Le présent document, le premier de cette série, décrit les progrès dans le renforcement des interventions suivantes du secteur de la santé :

- traitement antirétroviral ;
- prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) ;
- dépistage du VIH et services de conseil ;
- interventions pour les consommateurs de drogues injectables ;
- contrôle des infections sexuellement transmissibles (IST) pour prévenir la transmission du VIH ;
- surveillance de l'épidémie de VIH/SIDA.

À partir de 2008, les rapports annuels informeront sur l'extension d'autres interventions et également sur les progrès accomplis pour surmonter les obstacles des systèmes de santé en vue d'un accès universel.

Traitement antirétroviral

Les tendances mondiales encourageantes se poursuivent dans l'extension de l'accès au traitement antirétroviral.

En 2006, près de 700 000 personnes ont reçu un traitement pour la première fois. En décembre 2006, on estimait que 2 015 000 (1,8-2,2 millions) personnes vivant avec le VIH/SIDA bénéficiaient d'un traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, soit 28% (24%-34%) des quelque 7,1 millions (6,0-8,4 millions) de personnes qui en auraient besoin.

En Afrique subsaharienne, on estime que plus de 1,3 million de personnes suivent un traitement antirétroviral, ce qui représente une couverture de 28% (24%-33%), alors qu'il y a trois ans, on dénombrait 100 000 patients sous traitement et une couverture d'à peine 2%. Soixante-sept pour cent des personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire vivent en Afrique subsaharienne, alors qu'elles n'étaient que 25% à la fin 2003.

En Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, 280 000 (225 000-335 000) personnes sont désormais sous traitement, avec une couverture évaluée à 19% (13%-28%), soit quatre fois plus que fin 2003, date à laquelle 70 000 personnes suivaient un traitement. Bien que l'Asie représente 21% (17%-25%) des besoins totaux de traitement, 14% (13%-15%) seulement des patients sous traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire vivent dans cette région.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, le nombre des patients sous traitement a atteint progressivement les 355 000 (315 000-395 000) personnes, contre 210 000 fin 2003. Même s'il existe des variations considérables entre pays, la couverture globale de 72% (55%-96%) semble s'approcher de l'accès universel.

Les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale ont enregistré des progrès importants, avec 35 000 (33 000-37 000) personnes qui suivent maintenant un traitement, contre 15 000 fin 2003. La couverture dans cette région est estimée à 15% (11%-22%) des patients qui ont besoin d'un traitement.

La région de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient est celle qui atteint la couverture la plus faible, 6% (4%-12%), avec seulement 5 000 (4 000-6 000) personnes sous traitement fin 2006, contre 77 000 (43 000-130 000) qui en auraient besoin.

À la fin 2006, le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le SIDA finançait des programmes traitant 987 000 personnes. Les programmes financés par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme traitaient 770 000 personnes. Toutefois, selon les calculs du Plan d'urgence et du Fonds mondial, quelque 492 000 personnes suivaient un traitement dans le cadre de programmes financés conjointement par les deux initiatives. Au total, celles-ci venaient donc en aide à 1 265 000 individus sous traitement.

Sur les 2,3 (1,7-3,5) millions d'enfants (âgés de 0-14 ans) vivant avec le VIH en 2006 (dont presque 90% en Afrique subsaharienne), environ 780 000 (600 000 - 1 000 000) avaient besoin d'un traitement antirétroviral. **On estime que fin 2006, près de 115 500 (103 000-128 000) enfants avaient accès au traitement, ce qui représente un taux de couverture d'environ 15% (12%-19%).** Par conséquent, si l'on compare ces chiffres aux estimations de l'UNICEF pour 2005 qui étaient de quelque 75 000 enfants sous traitement, le nombre d'enfants suivant une thérapie antirétrovirale dans le monde a enregistré une hausse de 50% en 2006. Néanmoins, la couverture du traitement pédiatrique est encore nettement inférieure à la couverture totale du traitement antirétroviral estimée à 28% (24%-34%) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Même si les tendances varient entre pays, les informations dont on dispose actuellement dans plus de 50 pays à revenu faible ou intermédiaire indiquent que, dans l'ensemble, **la proportion d'hommes sous traitement par rapport aux femmes est conforme aux ratios par sexe de la prévalence régionale du VIH.**

En 2004, 50 pays à revenu faible ou intermédiaire disposaient d'informations sur l'accès au traitement antirétroviral des consommateurs de drogues injectables. Fin 2004, environ 34 000 consommateurs actuels ou passés de drogues injectables étaient sous traitement antirétroviral, dont près de 30 000 au Brésil. En Europe orientale et en Asie centrale, où près de 83% des cas de VIH sont attribués à l'injection de drogues, fin 2004, les consommateurs ou ex-consommateurs de drogues injectables représentaient 24% du nombre de personnes sous traitement antirétroviral hautement efficace. **Dans l'ensemble, les consommateurs de drogues injectables continuent d'avoir un accès médiocre et inéquitable au traitement antirétroviral,** en particulier en Europe orientale.

Une analyse des prix menée par le GPRM (Global Price Reporting Mechanism) à l'OMS montre que, selon les schémas thérapeutiques utilisés, **de 2003 à 2006, le prix de la plupart des médicaments antirétroviraux de première intention avait diminué de 37% à 53% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et de 10% à 20% entre 2005 et 2006.** Cette baisse a sensiblement contribué à élargir l'accès au traitement, même si les prix demeurent élevés dans la plupart des pays d'Europe orientale et d'Amérique latine. À quelques exceptions près dans certains pays à faible revenu, le prix moyen des schémas de deuxième intention reste insupportable dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où peu ou pas de traitements génériques alternatifs préqualifiés sont disponibles.

Même si les données sont relativement limitées, les études ont montré que, dans l'ensemble, la réponse virologique et immunologique des adultes et des enfants au traitement dans les pays à ressources limitées peut être aussi satisfaisante que celle qui est observée dans des pays industrialisés, à condition d'adopter une approche de santé publique pour l'extension. Le traitement antirétroviral apporte également des améliorations dans la qualité de vie. Néanmoins, de nombreux pays ont aussi notifié des taux élevés de mortalité avant que les patients ne développent le SIDA et un risque élevé de décès chez les individus présentant un nombre très faible de lymphocytes CD4. Ce phénomène est principalement

dû au diagnostic tardif de l'infection à VIH et au long délai de mise sous traitement. On manque d'information sur les conséquences à long terme du traitement sur la prévention et les comportements à risque dans les environnements à ressources limitées, même si les premières études n'apportent pas d'éléments suggérant une désinhibition du comportement sexuel par suite de la disponibilité du traitement.

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

Les femmes infectées par le VIH peuvent transmettre le virus à leurs enfants pendant la grossesse, l'accouchement ou par l'allaitement. En l'absence de toute intervention, de 20% à 45% des nourrissons risquent d'être infectés.

On estime que 2,3 millions (1,7-3,5 millions) d'enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH, dont bien plus de 90% auraient été infectés par leur mère. Malgré de nombreuses déclarations d'engagement politique, un ensemble bien défini d'interventions et les connaissances requises pour les mettre en œuvre, la grande majorité des femmes enceintes ayant besoin de services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) n'en bénéficient pas. **En 2005, environ 220 000 parmi les plus de 2 millions de femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu une prophylaxie pour la PTME, ce qui représente une couverture estimée à 11% (8%-16%).**

Plus de 85% des femmes enceintes infectées par le VIH vivent en Afrique subsaharienne. Les dix pays qui comptent le plus grand nombre de femmes enceintes séropositives au VIH abritent aussi les deux tiers des femmes ayant besoin d'interventions de PTME dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et, à l'exception de l'Inde, ils sont tous situés en Afrique subsaharienne. La couverture de la prophylaxie antirétrovirale est encore relativement faible dans ces dix pays ; seule l'Afrique du Sud affiche une couverture supérieure à 25%.

Les données fournies par des pays d'Afrique subsaharienne indiquent que la proportion de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu une prophylaxie antirétrovirale en 2005 variait de moins de 1% à 54%, et que la couverture régionale globale s'établissait à 11% (8%-15%). Les estimations correspondantes étaient de 75% (38%-95%) pour l'Europe orientale et l'Asie centrale, de 24% (13%-46%) pour l'Amérique latine et les Caraïbes, de 5% (3%-10%) pour l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, et de moins de 1% pour l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient.

Plus de 100 pays ont établi des programmes de PTME, dont la plupart n'ont cependant pas été suffisamment élargis pour répondre aux besoins de services. Les plus récentes données de 2005 montrent que seulement sept pays assurent une prophylaxie antirétrovirale à 40% au moins des femmes enceintes infectées par le VIH.

Dépistage du VIH et services de conseil

Les enquêtes dans les pays lourdement touchés ont montré que la connaissance du statut sérologique est limitée. Les données disponibles montrent que **la couverture mondiale des services de conseil et dépistage du VIH demeure insuffisante**. Des enquêtes démographiques et sanitaires réalisées dans 12 pays fortement touchés d'Afrique subsaharienne, qui représentaient 47% des adultes et des enfants vivant avec le VIH/SIDA dans la région en 2005, ont montré que dans la population générale, les pourcentages médians des hommes et des femmes qui avaient bénéficié d'un dépistage du VIH et en avaient reçu les résultats était de 12% et 10% respectivement.

Les données sur le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA qui connaissent leur statut sont encore plus limitées. Dans un petit nombre de pays d'Afrique subsaharienne, les enquêtes qui incluent des questions sur les dépistages du VIH montrent que le pourcentage de femmes séropositives qui connaissaient leur statut avant l'enquête oscille de 12% à 25% et que le pourcentage correspondant pour les hommes est compris entre 8% et 24%.

Dans plus de 70 pays à revenu faible ou intermédiaire inclus dans l'enquête qui ont publié des données pour 2005, 10% des femmes enceintes avaient été dépistées pour le VIH. La couverture du dépistage des femmes enceintes est faible dans plusieurs des dix pays comptant le plus grand nombre de femmes enceintes infectées par le VIH.

Certaines données indiquent un triplement aussi bien du nombre de personnes atteintes de la tuberculose ayant bénéficié d'un dépistage du VIH que du nombre de cas de co-infections VIH/tuberculose depuis 2003. Néanmoins, en 2005, 7% seulement des personnes atteintes de tuberculose ont été dépistées pour le VIH dans le monde et les pays connaissant une épidémie généralisée d'infection par le VIH ont indiqué que seulement 13% des malades de tuberculose s'étaient prêtés à un dépistage. Dans le monde, 86% du nombre estimé de patients tuberculeux séropositifs ne bénéficient pas de dépistage du VIH pendant leur traitement. Le conseil et le dépistage à l'initiative des prestataires constituent une stratégie utile pour élargir l'accès au traitement et aux soins du VIH/SIDA pour les patients atteints de tuberculose.

Interventions pour les consommateurs de drogues injectables

Les estimations de 94 pays à revenu faible ou intermédiaire qui publient des données indiquent que la proportion de consommateurs de drogues injectables bénéficiant d'un type de service de prévention est passée d'un peu plus de 4% en 2003 à 8% en 2005. Pourtant, **la couverture des interventions de prévention pour les consommateurs de drogues injectables est encore très faible au regard de la taille de cette catégorie de population, estimée à environ 13,2 millions en 2003.**

En 2005, le traitement de substitution était légal dans 16 pays d'Europe orientale et d'Asie centrale. On dispose de données sur le nombre de patients sous traitement de substitution dans 14 pays où la couverture du traitement de substitution allait de 0,9% à 1,1% des consommateurs de drogues injectables.

Dix pays ou territoires en Asie du Sud et du Sud-Est et trois en Asie de l'Est et dans le Pacifique avaient au moins un programme consacré à l'échange d'aiguilles et de seringues en 2005 et le traitement de substitution des opiacés était légal en Chine, en Inde, en Indonésie, en République islamique d'Iran, en Malaisie, au Myanmar, au Népal, à Singapour et en Thaïlande.

On sait peu de chose de l'échange d'aiguilles et de seringues, et du traitement de substitution des opiacés au Moyen-Orient, en Afrique du Nord ou en Afrique subsaharienne. En Amérique latine et dans les Caraïbes, des informations font état de l'existence de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues en Argentine, au Brésil, à Porto Rico et en Uruguay, tandis que le Mexique propose un programme de substitution par la méthadone.

Contrôle des infections sexuellement transmissibles pour prévenir la transmission du VIH

Les données recueillies ces 20 dernières années mettent en évidence une forte association entre les infections sexuellement transmissibles (IST), en particulier celles qui sont caractérisées par des ulcérations génitales, et un risque accru de transmission sexuelle du VIH. Pour prévenir la morbidité des IST et diminuer l'incidence du VIH, de nombreuses méthodes de prévention et de lutte contre les IST ont été appliquées et se sont révélées efficaces. La prévalence de quelques-unes des principales IST (par exemple le chancre mou, la syphilis et la gonorrhée) a diminué dans de nombreuses régions du monde. Simultanément, néanmoins, il semble y avoir eu une augmentation en chiffres absolus de l'incidence de l'infection due au virus de l'*Herpes simplex* type 2 (HSV2), qui est devenue la première cause d'ulcérations génitales.

Les services de prévention et de soins des IST contribuent à la réalisation de l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement du VIH car ils encouragent l'usage constant et correct du préservatif, des changements de comportement, l'autonomisation des populations vulnérables et la prise en charge des IST elles-mêmes. S'il est nécessaire de renforcer les services de lutte contre les IST, le dépistage et l'information sur les symptômes doivent aussi être améliorés.

Surveillance de l'épidémie de VIH/SIDA

Les données fournies par les systèmes de surveillance du VIH sont essentielles pour les activités de plaidoyer et les décisions politiques, notamment le ciblage des interventions de prévention et une évaluation réaliste des besoins en soins et traitement. En 2000, l'ONUSIDA et l'OMS ont publié des directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH afin d'améliorer la surveillance du VIH. Cette stratégie préconise d'adapter les systèmes d'information aux caractéristiques de l'épidémie dans un pays donné et de relier différentes sources d'information, notamment les données sur les comportements sexuels et la prévalence du VIH. La plupart des pays ont adopté cette approche, avec des tendances et une qualité inégales selon les périodes et les lieux.

En 2006, 44 pays avaient pleinement mis en œuvre des systèmes de surveillance, 42 avaient appliqué en partie de tels systèmes et 46 avaient des systèmes qui fonctionnaient mal au regard des recommandations du Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST. Cela représente une légère progression dans la qualité des systèmes de surveillance au cours des dernières années.

Les craintes quant à la représentativité des sites de surveillance et l'exactitude des estimations nationales du VIH suscitées par la surveillance des consultations prénatales ont conduit à une demande d'enquêtes sur la population qui recueillent des données sur la prévalence et la répartition du VIH dans l'ensemble de la population. La combinaison de différentes sources de données produit des estimations plus précises de la prévalence du VIH, et cette approche est utilisée par l'OMS et l'ONUSIDA pour mettre régulièrement à jour les estimations nationales. D'autres progrès dans le recueil, l'analyse et la publication des données pourraient encore améliorer l'évaluation de la situation et des tendances de l'épidémie de SIDA dans les pays et les régions.

Progrès dans la définition d'objectifs quantifiés pour l'accès universel

Dans la déclaration politique sur le VIH/SIDA, adoptée par l'Assemblée générale au terme de la réunion de haut niveau de juin 2006, les pays se sont engagés à fixer des objectifs « ambitieux » pour l'accès universel. Fin 2006, 90 pays avaient établi des objectifs quantifiés pour les indicateurs de résultats proposés par l'ONUSIDA dans ses directives sur la définition d'objectifs pour l'accès universel. Dans ce groupe, **81 avaient défini des objectifs pour le traitement et 84 des objectifs pour au moins une intervention de prévention.**

Bien que les pays aient déclaré qu'ils fixeraient des objectifs avant la fin de 2006, beaucoup de ces objectifs attendent encore l'approbation officielle des autorités nationales, alors que d'autres pays à faible prévalence viennent de commencer à les définir. De plus, le processus devant être aligné et intégré avec les cycles de planification nationale, de nombreux pays continueront à y travailler tout au long de 2007.

Principaux enjeux

1. L'accès au traitement continue de s'élargir, mais il faut surmonter d'importants obstacles sur la voie de l'accès universel

- Un accès universel d'ici à 2010 exigera d'augmenter nettement le nombre de personnes qui commencent un traitement chaque année.
- Une priorité accrue doit être donnée à la promotion, au suivi et à l'évaluation de l'équité de l'accès aux services, notamment pour les consommateurs de drogues injectables et d'autres groupes marginalisés.
- Les progrès dans la prévention, le diagnostic et le traitement de l'infection à VIH chez l'enfant demeurent insuffisants.
- Il est urgent de disposer de nouvelles approches en matière de délivrance des services, qui aideront à renforcer les systèmes de santé.
- Les services de traitement et de prévention doivent être renforcés en parallèle.

- Les inquiétudes concernant la viabilité financière à long terme entravent les progrès.
- Surveiller les avantages et les effets du traitement est capital pour assurer la continuité de l'engagement international.

2. Le secteur de la santé doit redoubler d'efforts pour élargir l'accès aux services de prévention des populations les plus exposées et des personnes vivant avec le VIH/SIDA

- Le secteur de la santé doit rapidement améliorer les services de proximité pour les populations les plus exposées.
- Il faut répondre aux besoins de prévention des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

3. Un effort concerté est nécessaire pour accélérer l'extension des interventions globales de PTME

- Des services complets de PTME font défaut dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire.
- Les orientations et les connaissances dont on dispose sur la PTME doivent maintenant se traduire en activités.

4. La lutte contre les infections dans les lieux de soins doit être renforcée

- Des stratégies complètes de lutte contre les infections dans les lieux de soins doivent mieux prendre en charge le VIH et la tuberculose.

5. La mise en œuvre de différentes stratégies est requise pour accroître la connaissance du statut sérologique

- L'extension des services de conseil et de dépistage volontaires du VIH est nécessaire, mais il faut lever les obstacles qui découragent le recours à ces services.
- Le secteur de la santé doit élargir son rôle dans le conseil et le dépistage du VIH.

6. Il faut améliorer la qualité et la portée de l'information stratégique

- La faiblesse des systèmes de suivi et d'évaluation fait obstacle à l'augmentation du financement et l'efficacité de la mise en œuvre des programmes.
- Des objectifs quantifiés ambitieux et des normes sont nécessaires pour mobiliser l'action et assurer la transparence.
- Un investissement accru dans le domaine de la recherche opérationnelle aidera à augmenter l'impact des programmes.

7. La circoncision doit être reconnue comme une intervention importante pour réduire le risque d'infection à VIH

8. La tuberculose présente les plus grandes menaces et les plus grandes opportunités pour la riposte au VIH/SIDA

- L'apparition de la tuberculose ultrarésistante (XDR-TB) dans des environnements à forte prévalence du VIH, notamment en Afrique australe, est une grave menace pour la santé publique.
- Dans l'ensemble, les activités pour s'assurer que les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont un accès adéquat à des services de qualité de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose sont insuffisants.
- Donner la priorité à l'accès à des services de qualité de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose évitera le développement et la propagation de la tuberculose pharmacorésistante et prolongera la vie des personnes infectées par le VIH/SIDA tout en améliorant leur qualité de vie.
- Les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA ont resserré leur collaboration pour surmonter les obstacles propres au système de santé, en vue d'atteindre leurs objectifs communs, mais des occasions sont encore manquées.

1. INTRODUCTION

Lors de la Rencontre de haut niveau sur le VIH/SIDA organisée dans le cadre de l'Assemblée générale en juin 2006, les États Membres de l'Organisation des Nations Unies ont adopté l'objectif global « de l'accès universel à la prévention, au traitement, au soin et aux services d'appui » d'ici à 2010.

Cet objectif demande à la communauté internationale de continuer à tirer parti des progrès accomplis dans la riposte mondiale au VIH/SIDA ces dernières années, notamment par l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et les ressources accrues mises à la disposition des pays par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, la Banque mondiale, le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le SIDA et d'autres programmes bilatéraux, ainsi que par des fondations privées et des organisations non gouvernementales (ONG).

L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a montré qu'il était utile de fixer des objectifs quantifiés pour catalyser les grandes initiatives de santé publique et de disposer d'approches simplifiées et standardisées de prestation des services dans les environnements à ressources limitées. Elle a également mis en évidence de nombreux obstacles susceptibles de contrarier la poursuite de l'extension des programmes de prévention, de traitement et de soins du VIH, par exemple la faiblesse des capacités en ressources humaines, l'inadéquation des infrastructures de laboratoire et autres équipements sanitaires, la médiocrité des systèmes d'approvisionnement de médicaments, de produits diagnostiques et d'autres biens médicaux, l'intégration inadaptée des services liés au VIH dans le système de santé, et l'absence de dispositifs standardisés pour suivre et évaluer les progrès. Élargir l'accès aux services de santé des populations les plus exposées demeure un défi majeur.

C'est pourquoi, l'OMS, qui est l'organisation coparrainante de l'ONUSIDA responsable de la riposte du secteur de la santé dans le contexte de l'élargissement de l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH, a fixé des priorités pour soutenir les pays, sur la base des cinq orientations stratégiques suivantes, chacune dans un domaine essentiel où le secteur de la santé doit investir pour que les pays puissent faire des progrès significatifs¹ :

1. permettre aux individus de connaître leur statut sérologique ;
2. élargir au maximum la contribution du secteur de la santé à la prévention du VIH ;
3. accélérer l'extension du traitement et des soins du VIH/SIDA ;
4. renforcer et étendre les systèmes de santé ;
5. investir dans l'information stratégique pour améliorer l'efficacité de la riposte.

La dernière orientation stratégique reconnaît qu'il est essentiel d'améliorer l'information stratégique et la connaissance de l'épidémie aux niveaux local et national pour guider la planification, la prise de décision, la mise en œuvre et la responsabilité par rapport à la riposte du secteur de la santé au VIH/SIDA. Ainsi que l'a remarqué le Directeur général de l'OMS, Margaret Chan, lors de sa prise de fonctions en janvier 2007, « il n'y a de résultats que ceux qu'on peut mesurer »².

L'OMS a entrepris de suivre et d'évaluer la riposte globale du secteur de la santé dans l'accélération des activités en vue de l'accès universel, et de publier des rapports annuels³. Le présent document est le premier de cette série.

1 OMS, *Vers un accès universel d'ici à 2010 : Le renforcement par l'OMS des services de santé pour combattre le VIH/SIDA*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006.

2 Docteur Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, Allocution devant le personnel de l'OMS, 4 janvier 2007, consulté à l'adresse <http://www.who.int/dg/speeches/2007/address.to.staff/fr/index.html>.

3 OMS, *VIH/SIDA - Contribution de l'OMS à l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins : rapport du Secrétariat*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006 (document A59/39 de l'Assemblée mondiale de la Santé).

Encadré 1. Cadre de l’OMS pour mesurer les progrès vers un accès universel

Le cadre que l’OMS utilisera pour mesurer les progrès vers un accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/SIDA dans le secteur de la santé a les objectifs suivants :

- s’appuyer sur les activités internationales en cours, par exemple à le suivi de la Déclaration de la Session extraordinaire de l’Assemblée générale des Nations Unies de 2001 et le processus de suivi des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ;
- promouvoir la définition de cibles nationales quantifiées autour d’un petit nombre d’indicateurs ;
- prendre la responsabilité du suivi annuel des progrès du secteur de la santé en vue de l’accès universel dans le contexte de l’effort de l’ensemble des Nations Unies, tout en s’efforçant de minimiser les efforts que les pays auront à consacrer à ce suivi ;
- promouvoir les investissements en faveur du renforcement de la collecte et de l’analyse des données dans les pays afin d’évaluer et de documenter les progrès vers l’accès universel.

«L’accès» est un vaste concept qui mesure trois dimensions des interventions essentielles du secteur de la santé :

- **La disponibilité** est définie comme la capacité d’atteindre (accès physique), la capacité d’acquérir à un coût abordable (accès économique) et l’acceptabilité (accès socioculturel) de services qui respectent des normes minimales de qualité⁴. Rendre les services disponibles, abordables et acceptables est une condition préalable essentielle de « l’accès universel ».
- **La couverture** est définie comme la proportion de la population qui a besoin d’une intervention et qui la reçoit. La couverture est influencée par l’offre (la prestation de services) et par la demande des personnes ayant besoin de services.
- **L’impact**, défini comme une réduction des taux des nouvelles infections ou comme une amélioration en terme de survie. Il est le résultat de la couverture des services, modulée par l’efficacité et l’efficience des interventions et des changements dans d’autres facteurs pertinents. Des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis ont été définis pour les OMD.

Le travail de l’OMS avec les pays pour parvenir à un accès universel reflètera ces trois éléments qui seront abordés, dans la mesure du possible, par les rapports mondiaux annuels sur les progrès vers l’accès universel dans le secteur de la santé.

Se fondant sur les rapports annuels de l’initiative « 3 millions d’ici 2005 » publiés par l’OMS et l’ONUSIDA en 2004, 2005 et 2006, la section 2 du présent rapport décrit les progrès dans le renforcement des interventions suivantes du secteur de la santé :

- traitement antirétroviral ;
- prévention de la transmission mère-enfant du VIH ;
- dépistage du VIH et services de conseil ;
- interventions pour les consommateurs de drogues injectables ;
- lutte contre les infections sexuellement transmissibles pour prévenir la transmission du VIH ;
- surveillance de l’épidémie de VIH/SIDA.

⁴ « Accès », « utilisation », « disponibilité » et « couverture » sont souvent utilisés de manière interchangeable pour déterminer si « les individus qui ont besoin de quelque chose pour leur santé l’obtiennent réellement ». Voir par exemple Tanahashi T., Health services coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1978, 56:295-303.

Les données présentées se centrent sur la couverture des interventions et leurs effets. De nouvelles estimations ont été incluses sur le nombre de personnes sous traitement antirétroviral aux niveaux mondial et régional en décembre 2006. Pour les autres interventions, le rapport présente les données de référence tirées de différentes sources, notamment d'une enquête menée par les bureaux pays de l'OMS durant le troisième trimestre de 2006. Les progrès dans la définition des cibles nationales sont également décrits.

La section 3 du rapport dégage les conclusions qui découlent des données recueillies et suggère les mesures à prendre en priorité dans les principaux domaines d'intervention afin d'accélérer les progrès vers l'accès universel.

La section 4 met en lumière les progrès réalisés jusqu'à présent et les principaux obstacles pour étendre les interventions prioritaires du secteur de la santé en matière de VIH/SIDA dans sept pays particulièrement affectés par le VIH/SIDA.

À partir de 2008, les rapports informeront sur l'extension d'autres interventions, notamment la prévention pour les populations à risque comme les professionnel(les) du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les prisonniers. Les progrès dans le renforcement des systèmes de santé seront également abordés, en particulier l'intégration des interventions en matière de VIH/SIDA dans d'autres services de santé, comme la lutte contre la tuberculose, la santé sexuelle ainsi que la santé de la mère et de l'enfant. Les futurs rapports aborderont également les ressources humaines ; les systèmes de gestion de l'achat et de l'approvisionnement des médicaments ; les systèmes d'information sanitaire ; la sécurité des approvisionnements sanguins et les modes de financement de la santé.

2. PROGRÈS DANS LES DOMAINES D'INTERVENTION PRIORITAIRES À L'ÉCHELLE MONDIALE

2.1 Traitement antirétroviral

2.1.1 Couverture et disponibilité des services

Les tendances mondiales encourageantes dans l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral se poursuivent. En décembre 2003, quand l'OMS et l'ONUSIDA ont lancé la stratégie «3 millions d'ici 2005», environ 400 000 personnes bénéficiaient d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Depuis lors, les efforts croissants des pays, soutenus par les partenaires multilatéraux ou bilatéraux, ont permis d'obtenir une augmentation importante du nombre de patients sous traitement antirétroviral. En 2006, près de 700 000 personnes ont été mises sous traitement pour la première fois. En décembre 2006, on estimait que près de 2 015 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA (1,8-2,2 millions) bénéficiaient d'un traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (tableau 1), soit 28% (24%-34%) des 7,1 millions (6,0-8,4 millions) de personnes qui en auraient besoin.

En Afrique subsaharienne, on estime que plus de 1,3 million de personnes suivent un traitement antirétroviral, ce qui représente une couverture de 28% (24%-33%), alors qu'il y a trois ans, on dénombrait 100 000 patients sous traitement et une couverture d'à peine 2%. Soixante-sept pour cent des personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire vivent en Afrique subsaharienne, alors qu'elles n'étaient que 25% à la fin 2003.

En Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, 280 000 personnes sont sous traitement (225 000- 335 000), avec une couverture évaluée à 19% (13%-28%), soit quatre fois plus que fin 2003, date à laquelle 70 000 personnes suivaient un traitement. Bien que l'Asie représente 21% (17%-25%) des besoins totaux de traitement, 14% (13%-15%) seulement des patients sous traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire vivent dans cette région.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, le nombre des patients sous traitement a augmenté progressivement de 210 000 fin 2003 pour atteindre 355 000 personnes (315 000- 395 000). Même s'il existe des variations considérables entre pays, la couverture globale de 72% (55%-96%) semble s'approcher de l'accès universel. Néanmoins, la couverture a légèrement reculé entre juin et décembre 2006, ce qui semble indiquer que l'augmentation des besoins estimés n'est pas allée de pair avec une augmentation équivalente du nombre de patients sous traitement.

Les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale ont enregistré des progrès importants, avec 35 000 personnes qui suivent maintenant un traitement (33 000-37 000), contre 15 000 fin 2003. La couverture dans cette région est estimée à 15% (11%-22%) des patients qui ont besoin d'un traitement. L'Europe et l'Asie centrale représentent 3,2% de l'estimation du nombre total de personnes ayant besoin d'un traitement et environ 2% des patients déclarés sous traitement (1,5%-1,7%).

Avec 6% (4%-12%), la couverture en Afrique du Nord et au Moyen-Orient est la plus faible : fin décembre 2006, on estimait que seulement 5 000 personnes suivaient un traitement (4 000-6 000), alors que 77 000 en avaient besoin (43 000-130 000). Les progrès dans cette région dépendront beaucoup de l'extension au Soudan, qui représente plus de 85% des besoins en traitement dans la région, mais n'a pour l'instant que 1% de couverture.

Tableau 1. Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral et ayant besoin d'un traitement antirétroviral et taux de couverture dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, par région, décembre 2003 à décembre 2006^a

Région géographique	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2006 [estimation basse-estimation haute] ^b	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2006 [estimation basse-estimation haute] ^b	Couverture du traitement antirétroviral, décembre 2006 [estimation basse-estimation haute] ^c	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2005 [estimation basse-estimation haute] ^b	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2003 [estimation basse-estimation haute] ^b
Afrique subsaharienne	1 340 000 [1 220 000–1 460 000]	4 800 000 [4 100 000–5 600 000]	28% [24–33%]	810 000 [730 000–890 000]	100 000 [75 000–125 000]
Amérique latine et Caraïbes	355 000 [315 000–395 000]	490 000 [370 000–640 000]	72% [55–96%]	315 000 [295 000–335 000]	210 000 [160 000–260 000]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	280 000 [225 000–335 000]	1 500 000 [1 000 000–2 100 000]	19% [13–28%]	180 000 [150 000–210 000]	70 000 [52 000–88 000]
Europe et Asie centrale	35 000 [33 000–37 000]	230 000 [160 000–320 000]	15% [11–22%]	21 000 [20 000–22 000]	15 000 [11 000–19 000]
Afrique du Nord et Moyen-Orient	5 000 [4 000–6 000]	77 000 [43 000–130 000]	6% [4–12%]	4 000 [3 000–5 000]	1 000 [750–1 250]
TOTAL	2 015 000 [1 795 000–2 235 000]	7 100 000 [6 000 000–8 400 000]	28% [24–34%]	1 330 000 [1 200 000–1 460 000]	400 000 [300 000–500 000]

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

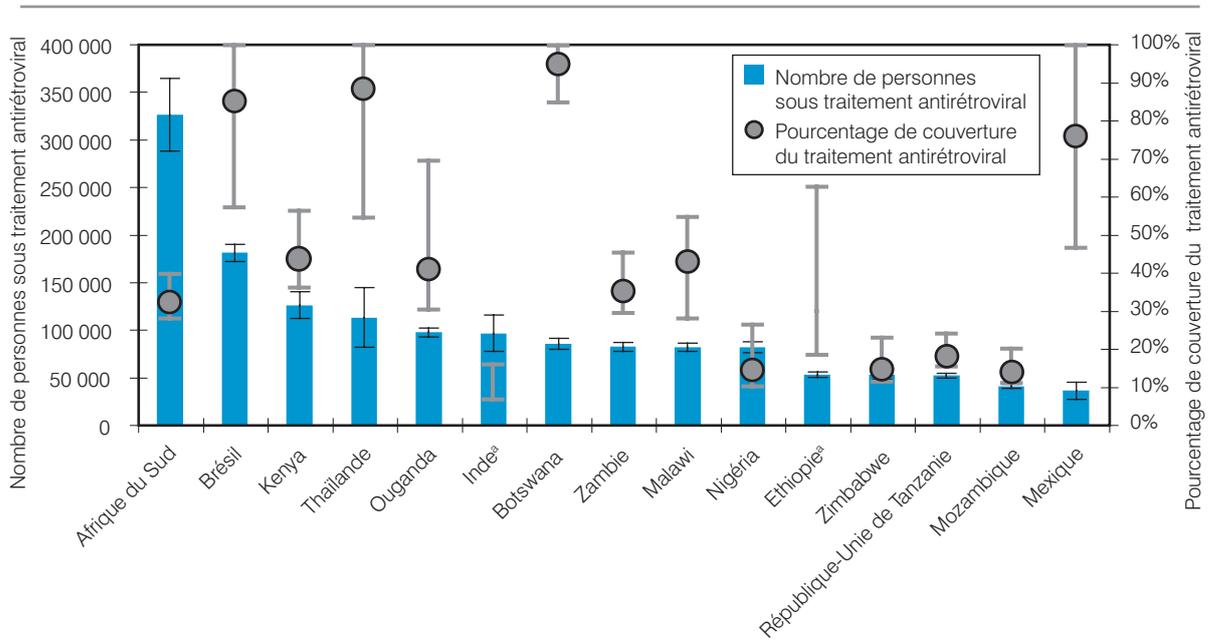
a Voir les annexes 1 et 2 pour la description des méthodes employées.

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

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

Fin 2006, 15 pays représentaient près de 75% des plus de 2 millions de patients sous traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (figure 1), et environ 70% des besoins totaux. Même si certains de ces pays ont sensiblement accru le nombre de personnes sous traitement en 2006, la couverture dans la plupart d'entre eux demeure nettement inférieure aux besoins estimés. Trois de ces pays (le Botswana, le Brésil et la Thaïlande) sont parvenus à une couverture supérieure à 80%. L'Inde, le Mozambique, le Nigéria, la République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe sont au-dessous de la couverture moyenne du traitement pour les pays à revenu faible ou intermédiaire (28%, adultes et enfants compris).

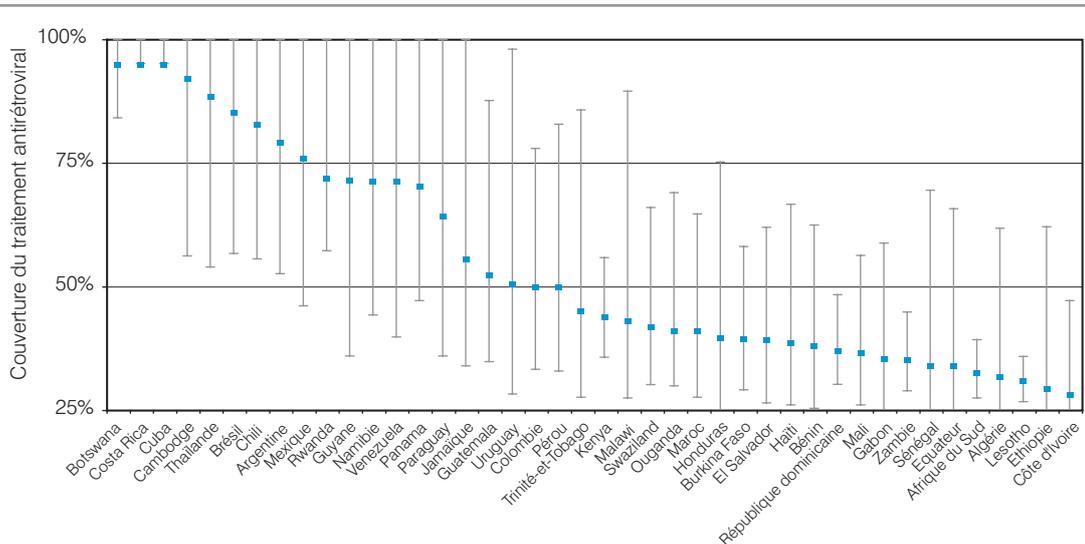
Figure 1. Les 15 pays à revenu faible ou intermédiaire qui comptent le plus grand nombre de personnes sous traitement antirétroviral, et couverture correspondante du traitement antirétroviral, décembre 2006



a L'estimation de la couverture de traitement antirétroviral est en cours de révision et sera ajustée, selon que de besoin, en fonction des nouvelles données recueillies en 2006. L'analyse préliminaire indique que les chiffres sont compris dans ces fourchettes.
 I Indique la marge d'incertitude dans l'estimation.

Fin 2006, 42 pays à revenu faible ou intermédiaire assuraient un traitement pour au moins 28% des personnes qui en avaient besoin. Vingt d'entre eux étaient parvenus à une couverture supérieure à 50% au moins des personnes ayant besoin d'un traitement (figure 2). L'annexe 1 donne les données individuelles de 193 pays, avec, pour la première fois, des données séparées pour les pays à revenu élevé.

Figure 2. Pays à revenu faible ou intermédiaire avec une couverture du traitement antirétroviral estimée au moins à 28%, décembre 2006^a



a La couverture globale du traitement antirétroviral pour les pays à revenu faible ou intermédiaire est de 28%. Seuls les pays où vivent au moins 1 000 personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral ont été inclus dans ce graphique.
 I Indique la marge d'incertitude dans l'estimation.

On estime que plus de 600 000 personnes suivent un traitement antirétroviral dans les pays à revenu élevé. Il est cependant difficile d'en déterminer le nombre exact car beaucoup de patients sont soignés par des praticiens privés et tous les pays ne recueillent pas systématiquement de données sur les traitements.

Le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le SIDA et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme sont les principaux bailleurs de fonds des programmes de traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le Plan d'urgence finance des activités dans plus de 120 pays dans le monde, et donne la priorité à 15 pays en Afrique, en Asie et dans les Caraïbes. Le Fonds mondial finance des programmes de lutte contre le VIH/SIDA axés sur le traitement antirétroviral dans plus de 100 pays.

À la fin 2006, le Plan d'urgence finançait des programmes traitant 987 000 personnes. Les programmes financés par le Fonds mondial traitaient 770 000 personnes. Toutefois, selon les calculs du Plan d'urgence et du Fonds mondial, environ 492 000 personnes suivaient un traitement dans le cadre de programmes financés conjointement par les deux initiatives. Au total, celles-ci venaient donc en aide à 1 265 000 individus sous traitement.

2.1.2 Équité d'accès au traitement : femmes, enfants et consommateurs de drogues injectables

L'infection à VIH chez l'enfant a été presque totalement éliminée dans les pays à revenu élevé, où la disponibilité de services de prévention et de traitement du VIH a ramené le taux de transmission mère-enfant à moins de 2% et a accru le taux de survie des nourrissons infectés par le VIH, dont plus de 80% vivent aujourd'hui au-delà de six ans⁵.

La progression de l'infection à VIH non traitée chez l'enfant est particulièrement agressive. On estime que 380 000 enfants de moins de 15 ans (290 000-500 000) sont morts de causes liées au SIDA en 2006⁶. La grande majorité de ces décès se sont produits dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et auraient pu être prévenus, en traitant ou en évitant les infections opportunistes avec du cotrimoxazole et des antirétroviraux.

L'OMS recommande de donner du cotrimoxazole aux enfants infectés par le VIH ainsi qu'aux enfants nés de mères séropositives quand un diagnostic précoce de l'infection à VIH chez l'enfant est impossible. En 2005, on a calculé que le nombre d'enfants exposés au VIH et infectés par le virus était d'environ 4 millions. Dans le monde, l'UNICEF, l'OMS et leurs partenaires estiment qu'en 2005, 4% seulement des enfants ayant besoin d'une prophylaxie au cotrimoxazole en avaient bénéficié⁷.

Sur les 2,3 millions d'enfants (âgés de 0-14 ans) vivant avec le VIH en 2006 (1,7-3,5 millions), dont presque 90% en Afrique subsaharienne, environ 780 000 (600 000-1 000 000) avaient besoin d'un traitement antirétroviral (tableau 2). Ce chiffre représente 11% des besoins totaux en traitement antirétroviral (tous âges confondus). On estime que fin 2006, près de 115 500 (103 000-128 000) enfants avaient accès au traitement, ce qui représente une couverture d'environ 15% (12%-19%)⁸. Si l'on compare ces chiffres aux estimations pour 2005 qui étaient de quelque 75 000 enfants sous traitement⁹, le nombre d'enfants suivant une thérapie antirétrovirale dans le monde a enregistré une hausse de 50% l'an dernier. Néanmoins, la couverture du traitement pédiatrique est encore nettement inférieure à la couverture totale du traitement antirétroviral estimée à 28% (24%-34%) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

En dépit d'une hausse de 40% du nombre d'enfants sous traitement antirétroviral en Afrique subsaharienne enregistrée l'an dernier, l'accès des enfants au traitement dans cette région est assez faible si on le compare à l'accès des adultes ; le pourcentage global d'enfants parmi les personnes sous traitement en Afrique subsaharienne est de 6%, c'est-à-dire bien au-dessous du pourcentage d'enfants parmi les personnes ayant besoin d'un traitement (14%). Dans les autres régions, cette inéquité d'accès n'est pas confirmée par les données. En Asie, les enfants représentent 4% des besoins et le pourcentage d'enfants parmi les patients qui suivent un traitement est de 5%. Les valeurs correspondantes sont de 3% et 4% en Europe orientale et en Asie centrale, et de 5% et 4% en Amérique latine.

5 OMS, *Bilan : le VIH chez l'enfant*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006 (WHO/HIV/2006.04).

6 ONUSIDA, Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Genève, mai 2006.

7 UNAIDS, UNICEF, WHO, Children and AIDS: A Stocktaking Report. United Nations Children's Fund, New York, 2007.

8 Sur la base de données de 91 pays, dont 25 disposent de chiffres pour 2005 et le reste pour 2006. Ces 91 pays représentaient presque 98% des besoins totaux de traitement pédiatrique en 2006.

9 UNAIDS, UNICEF, WHO, op. cit.

Tableau 2. Estimation du nombre d'enfants de moins de 15 ans suivant un traitement antirétroviral et ayant besoin d'un traitement antirétroviral, et taux de couverture dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, par région, décembre 2006^a

Région géographique	Estimation du nombre d'enfants suivant un traitement antirétroviral [estimation basse-estimation haute] ^{b,c}	Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral [estimation basse-estimation haute] ^c	Couverture du traitement antirétroviral [estimation basse-estimation haute] ^d
Afrique subsaharienne	85 000 [77 000–93 000]	680 000 [510 000–890 000]	13% [10%–17%]
Amérique latine et Caraïbes	15 500 [13 750–17 250]	23 000 [16 000–37 000]	67% [42%–97%]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	13 300 [10 600–16 000]	64 000 [32 000–120 000]	21% [11%–42%]
Europe et Asie centrale	1 500 [1 400–1 600]	7 500 [3 800–14 000]	20% [11%–39%]
Afrique du Nord et Moyen-Orient	<100 [<200]	10 000 [4 400–20 000]	<1% [0%–1%]
Total	115 500 [103 000–128 000]	780 000 [600 000–1 000 000]	15% [12%–19%]

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

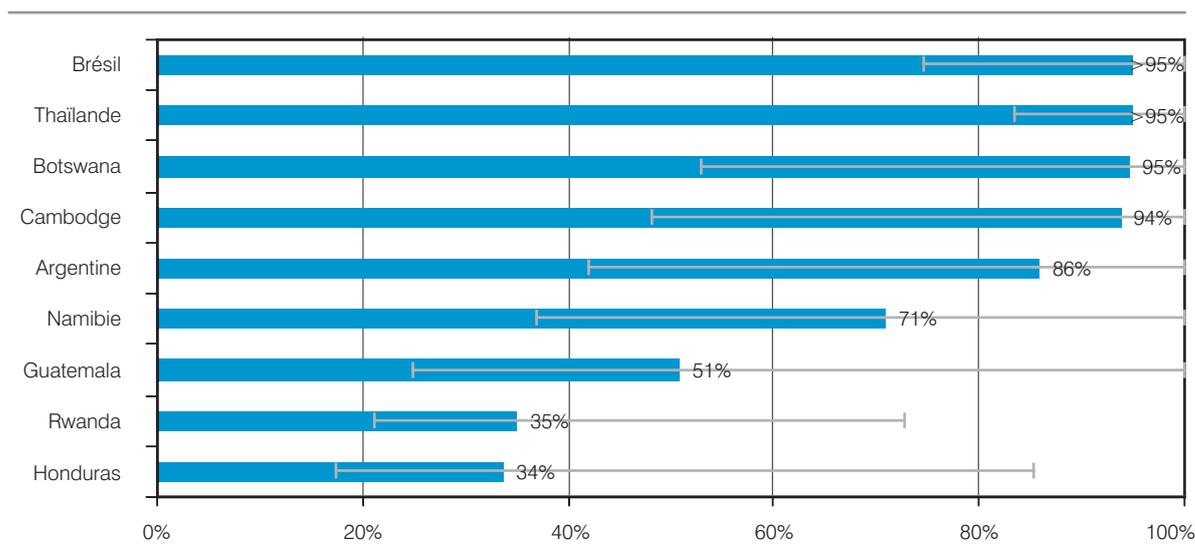
a Voir les annexes 1 et 2 pour la description des méthodes employées.

b Les estimations sont calculées sur la base de la croissance entre les données de décembre 2005 (publiées dans UNICEF/WHO/UNAIDS, *Children and AIDS: A stocktaking report*, 2007) et les données les plus récentes rapportées pour 2006 présentées dans ce rapport (WHO/UNAIDS/UNICEF). Vingt-cinq chiffres portaient sur 2005 et le reste sur 2006.

c Voir l'annexe 2 pour les chiffres par pays du nombre d'enfants suivant un traitement antirétroviral et en ayant besoin.

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

Figure 3. Pays à revenu faible ou intermédiaire avec une couverture du traitement antirétroviral d'au moins 25% pour les enfants de moins de 15 ans, 2006^a



a Seuls les pays où vivent au moins 1 000 enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral ont été inclus dans ce graphique.

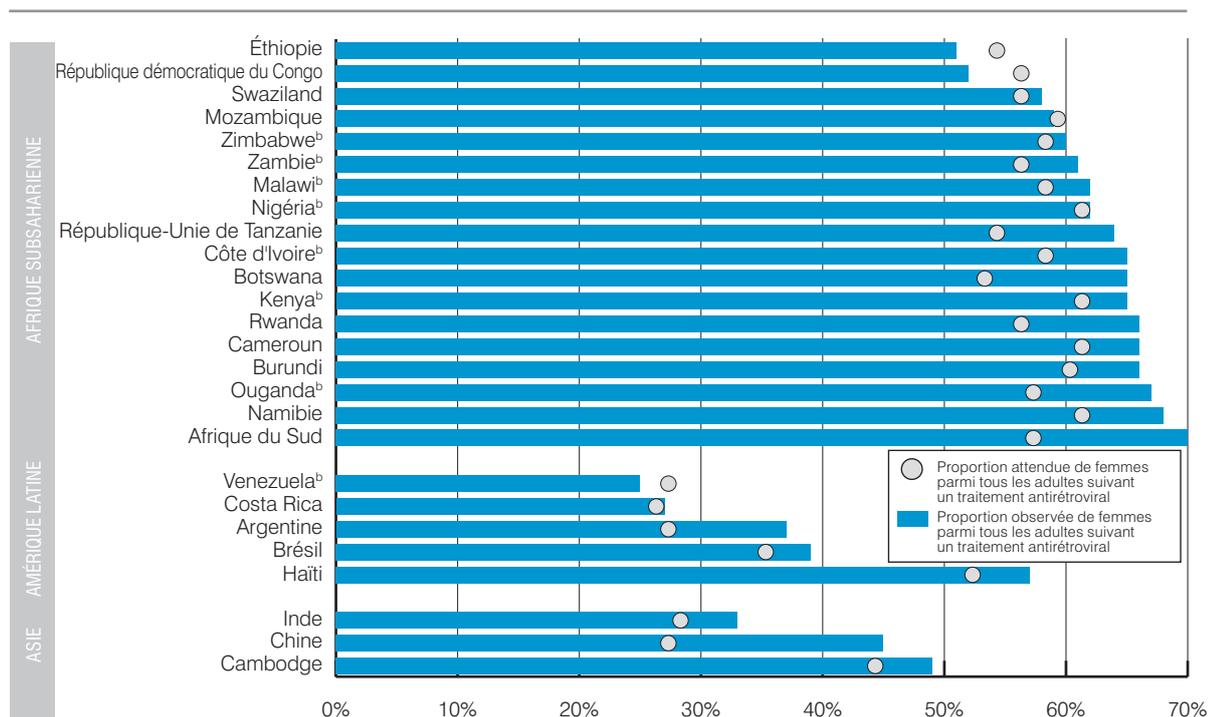
— Indique la marge d'incertitude dans l'estimation.

Seuls cinq pays à revenu faible ou intermédiaire qui comptent un grand nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement (Argentine, Botswana, Brésil, Cambodge et Thaïlande) enregistrent une couverture du traitement antirétroviral pour les enfants supérieure à 80% (figure 3)¹⁰.

Plusieurs pays supportant la plus lourde charge de VIH ont des couvertures de traitement très faibles pour les enfants. Le Nigéria compte environ 100 000 enfants ayant besoin d'un traitement, (44 000-170 000) mais on estime que seulement 3% (2%-8%) d'entre eux en bénéficiaient en septembre 2006. En Inde, de 17 000 à 94 000 enfants ont besoin d'un traitement, mais la couverture est comprise seulement entre 3% et 19%. Au Zimbabwe, 45 000 enfants ont besoin d'un traitement (18 000-85 000), alors que la couverture est estimée à près de 6% (3%-14%). L'Afrique du Sud, où 86 000 enfants (43 000-130 000) ont besoin d'un traitement, la couverture s'établit à 21% (14%-42%), le nombre d'enfants sous traitement ayant augmenté de 50% entre décembre 2005 et septembre 2006.

Les informations dont on dispose actuellement dans plus de 50 pays à revenu faible ou intermédiaire indiquent que, dans l'ensemble, la proportion d'hommes sous traitement par rapport aux **femmes** est conforme aux ratios par sexe de la prévalence régionale du VIH. Environ 57% des adultes sous traitement dans ces pays sont des femmes, alors que les femmes représentent 48% (41%-57%) des adultes vivant avec le VIH/SIDA. Pour l'Afrique subsaharienne, les valeurs sont 64% et 59% respectivement ; 39% et 34% pour l'Amérique latine et les Caraïbes ; 39% et 32% en Asie ; et 43% et 28% en Europe orientale et en Asie centrale (figure 4).

Figure 4. Proportion de femmes parmi tous les adultes suivant un traitement antirétroviral, comparée à la proportion attendue dans une sélection de pays, 2006^a



- a La proportion attendue de femmes suivant un traitement antirétroviral est basée sur la proportion de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les pays sont classés par ordre croissant du nombre de femmes suivant un traitement au sein de chaque région. Ce graphique n'inclut que les pays qui disposent de données sur le traitement ventilées par sexe pour au moins 5 000 adultes. Des données complémentaires sur les pays figurent à l'annexe 2.
- b Les données sur le traitement par sexe sont basées sur des ensembles de données partiels et/ou ne sont pas basées sur les données les plus récentes au niveau national. Voir annexe 2 pour plus de précisions.

¹⁰ Les données relatives au nombre d'enfants sous traitement ne sont pas ventilées par âge et risquent de subir une distorsion en faveur des enfants plus âgés, chez lesquels le VIH peut être diagnostiqué avec des technologies de dépistage rapide, aux dépens des nourrissons, pour lesquels le diagnostic du VIH demeure difficile.

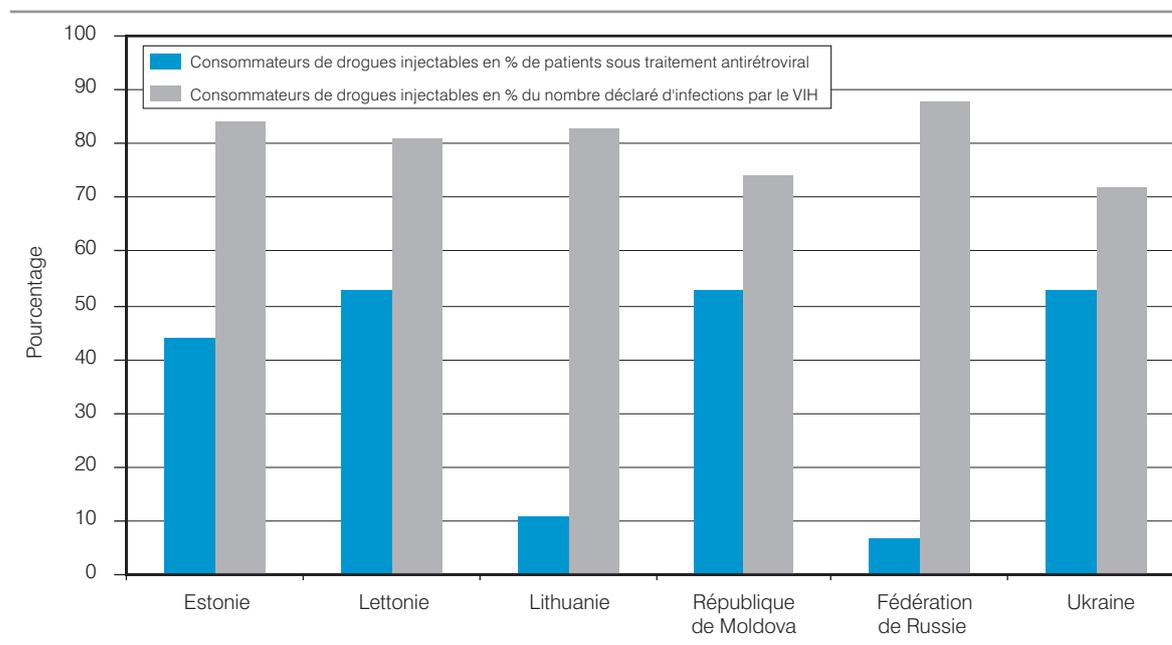
Il est possible que la situation soit différente dans certains pays. Ainsi, au Ghana, les hommes sont plus nombreux à suivre un traitement que l'on aurait pu le prévoir d'après le ratio par sexe des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans ce pays : le pourcentage de femmes parmi les adultes sous traitement est nettement inférieur à 55%, alors que les femmes représentent au moins 55% des adultes ayant besoin d'un traitement. C'est l'inverse qui se produit en Afrique du Sud, au Botswana, au Burundi, au Cambodge et en Chine : les femmes représentent une proportion des adultes sous traitement plus élevée que prévu le pourcentage de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA. On ne dispose pas de suffisamment de données pour expliquer de manière fiable ces différences entre les pays.

Il convient de continuer à suivre l'équité de l'accès au traitement antirétroviral, à publier les données par sexe et à développer des études spéciales pour identifier et éliminer autant que possible les inégalités liées au sexe, pour améliorer globalement les connaissances concernant les modalités et les motivations de l'accès individuel au traitement ainsi que pour évaluer les différences potentielles dans la qualité des soins et des résultats des traitements pour les hommes et les femmes.

Une récente étude sur les ripostes au VIH pour les **consommateurs de drogues injectables** a révélé que sur les 103 pays à revenu faible ou intermédiaire déclarant la présence d'une population de consommateurs de drogues injectables, 50 pays disposaient d'informations sur l'accès au traitement antirétroviral de cette catégorie de population en 2004¹¹. Sur ces 50 pays, 19 indiquent que les consommateurs de drogues injectables n'avaient pas accès au traitement antirétroviral. Dans les autres pays, fin 2004, environ 34 000 consommateurs ou ex-consommateurs de drogues injectables étaient sous traitement antirétroviral, dont près de 30 000 au Brésil.

En Europe orientale et en Asie centrale, où près de 83% des cas de VIH sont attribués à l'injection de drogues, fin 2004, les consommateurs ou ex-consommateurs de drogues injectables représentaient 24% du nombre total de personnes sous traitement antirétroviral hautement efficace. En Europe orientale, l'accès des consommateurs de drogues injectables aux antirétroviraux est médiocre et se caractérise par l'inéquité, en particulier dans la Fédération de Russie (figure 5), pays qui connaît le plus grand nombre de cas liés à l'injection de drogues de la région¹².

Figure 5. Accès au traitement antirétroviral des consommateurs de drogues injectables en Europe orientale, pays choisis, 2004



11 Aceijas C. et al., Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries one year before the end of the 'Treating 3 million by 2005. Making it happen. The WHO strategy' (3 by 5), *Addiction*, 2006, 101(9):1246-1253.

12 Donoghoe M. et al., Access to Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) for Injecting Drug Users in the European Region 2002-2004, *International Journal of Drug Policy Special Issue* (à paraître).

Dans 14 pays d'Asie du Sud et du Sud-Est qui disposent d'une information sur l'accès au traitement antirétroviral des consommateurs de drogues injectables, près de 81 000 personnes recevaient un traitement antirétroviral fin 2004, dont 1700 étaient des consommateurs ou des ex-consommateurs de drogues injectables. En Inde, où l'injection de drogues est le principal mode de transmission du VIH dans les États du nord-est, cette catégorie représente 1,4% des personnes sous traitement antirétroviral. En Chine, près de 50% des cas de VIH sont associés à l'injection de drogues et les consommateurs de drogues injectables représentent moins de 2% des patients sous traitement antirétroviral.

On connaît très mal la disponibilité du traitement antirétroviral pour les consommateurs de drogues injectables au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Seule la Turquie a publié des chiffres sur les consommateurs de drogues injectables qui suivent un traitement antirétroviral. Au Bahreïn et dans la Jamahiriya arabe libyenne, qui déclarent un grand nombre de cas de VIH attribués à l'injection de drogues, aucune information n'est disponible sur le nombre d'usagers de drogue recevant un traitement, pas plus que dans les pays d'Afrique subsaharienne qui ont notifié des cas de transmission du VIH par injection de drogues. En Amérique latine et dans les Caraïbes, le Brésil était le seul pays à fournir des chiffres sur les consommateurs de drogues injectables sous traitement. En 2004, 30 000 d'entre eux prenaient des antirétroviraux, ce qui représentait 19,5% du nombre total de patients suivant un tel traitement dans le pays.

À l'instar du Brésil et du Sénégal, un certain nombre d'autres pays, notamment l'Éthiopie, le Kenya, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie, ont récemment introduit la distribution de **médicaments antirétroviraux gratuits** au point de prestation des services dans le secteur public. De même, le Nigéria et le Congo ont récemment annoncé que les médicaments antirétroviraux seraient distribués gratuitement. Il convient d'examiner plus en détail les obstacles que représentent les contributions financières demandées aux patients pour les examens de laboratoire et les médicaments autres que les antirétroviraux.

2.1.3 Prix des médicaments

Le GPRM (Global Price Reporting Mechanism) est un système mondial d'information sur les médicaments antirétroviraux établi à l'OMS en 2004 qui rassemble des données concernant les prix des transactions¹³ sur les antirétroviraux achetés dans les pays en développement^{14,15}. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le prix de la plupart des médicaments de première intention¹⁶ avait diminué de 37% à 53% entre 2003 et 2006, et de 10% à 20% entre 2005 et 2006. Cette baisse a sensiblement contribué à élargir l'accès au traitement, même si les prix demeurent élevés dans la plupart des pays d'Europe orientale et d'Amérique latine. Le prix moyen des schémas thérapeutiques de deuxième intention reste insupportable dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (avec quelques exceptions dans certains pays à faible revenu), où peu ou pas de médicaments génériques préqualifiés sont disponibles.

Ainsi que le montre la figure 6, en 2006, le prix moyen du traitement de première intention (présélectionné par l'OMS) payé dans les pays à faible revenu allait, par patient et par an, de US\$ 123 (pour l'association la plus courante à dose fixe stavudine + lamivudine + névirapine) à US\$ 493 (pour zidovudine + lamivudine avec une dose unique d'éfavirenz). Contrairement à la tendance générale, le coût moyen de la deuxième association la plus fréquente (zidovudine + lamivudine + névirapine) a augmenté, passant de US\$ 235 en 2004 à US\$ 325 en 2006. Le coût moyen pondéré¹⁷ des quatre associations de première intention les plus fréquemment utilisées (les trois mentionnées ci-dessus avec stavudine + lamivudine + éfavirenz qui représentent 95% des schémas thérapeutiques prescrits en première intention dans les pays à revenu faible et intermédiaire) était de US\$ 219 par personne et par an en 2006.

La baisse des prix des médicaments enregistrée entre 2004 et 2006 est attribuable à l'expansion des programmes de traitement, à la forte concurrence entre un nombre croissant de produits présélectionnés par l'OMS et aux négociations entre la Fondation William J. Clinton et les fabricants de génériques.

13 La valeur des transactions d'achat des médicaments notifiées jusqu'à présent est de US \$381 359 508.

14 Global Price Reporting Mechanism, <http://www.who.int/hiv/amds/price/hdd>.

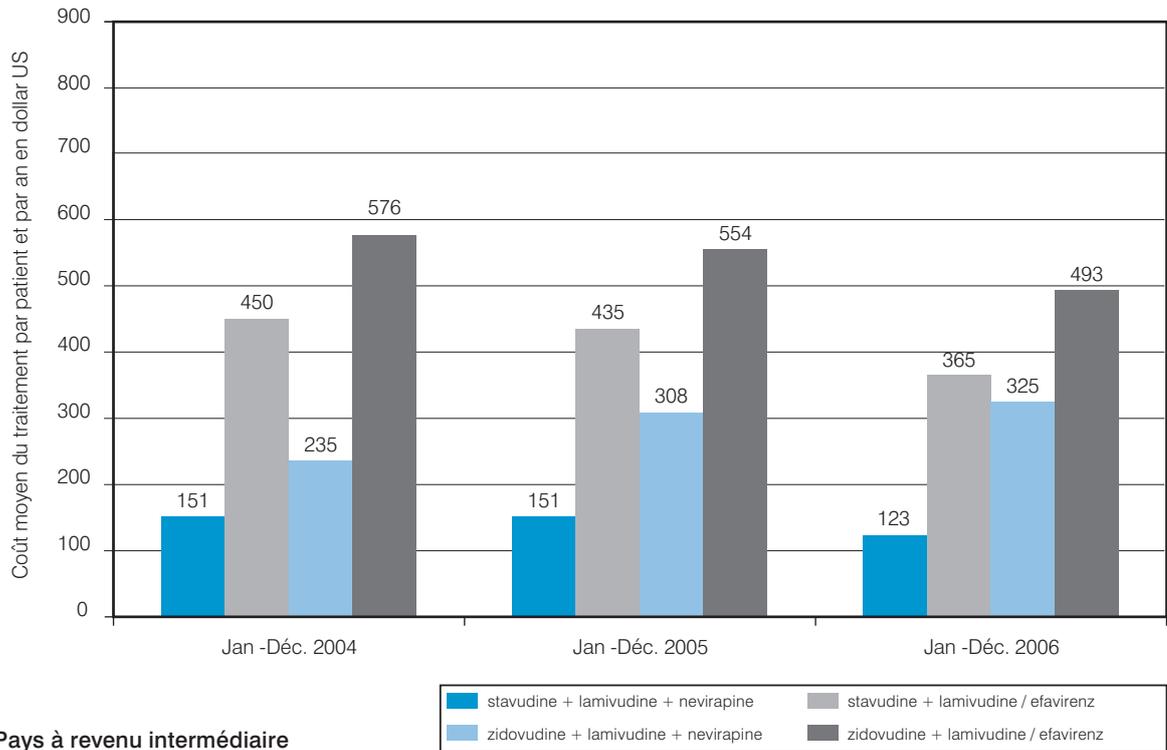
15 WHO, Summary report from the Global Price Reporting Mechanism on Antiretroviral Drugs, World Health Organization, Geneva, August 2006, http://www.who.int/hiv/amds/grpm_aug06.pdf.

16 L'association de médicaments pris quand le traitement est commencé chez un patient qui n'a encore jamais été traité. Les schémas de deuxième intention sont commencés quand le traitement de première intention a échoué en raison du développement d'une résistance à un ou plusieurs médicaments dans le schéma, ou du fait de toxicités ou d'autres facteurs.

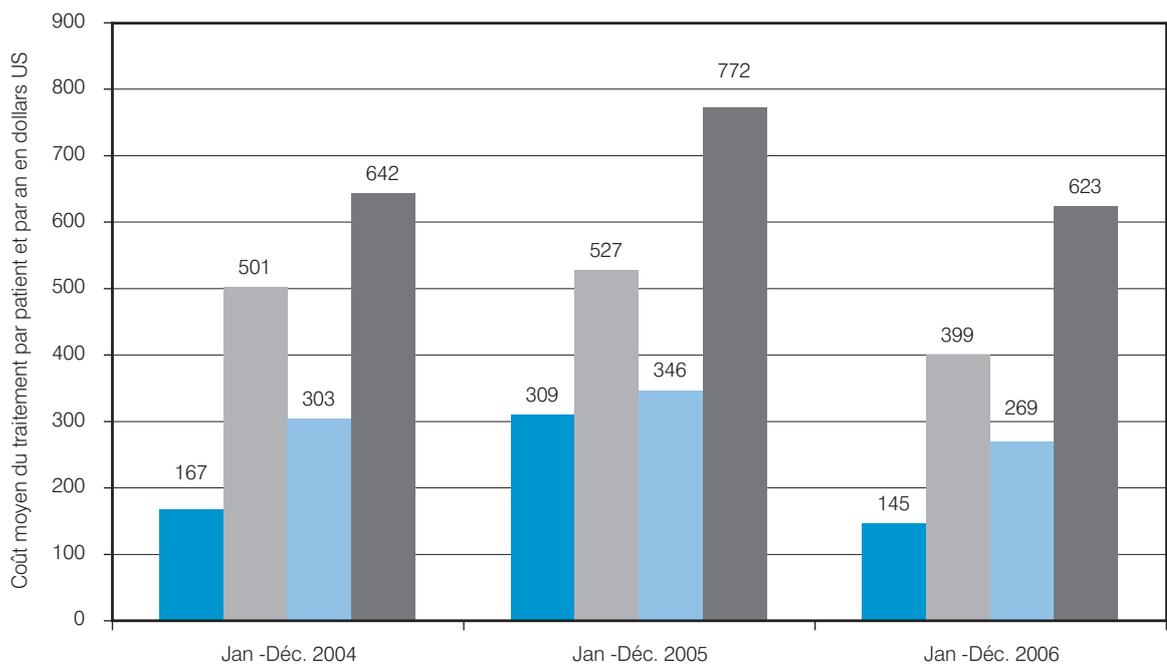
17 Le coût moyen pondéré est calculé en attribuant au prix de chaque association un coefficient qui est égal à la proportion que cette association représente dans le volume total des schémas de première intention dans les pays à faible revenu (ou à revenu intermédiaire).

Figure 6. Evolution du coût des schémas de traitement antirétroviral de première intention dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2004-2006

Pays à revenu faible



Pays à revenu intermédiaire



Dans les pays à revenu intermédiaire, le prix moyen du traitement de première intention a diminué très nettement et il est maintenant plus proche des prix pratiqués dans les pays à faible revenu. En 2006, le prix moyen payé pour un traitement de première intention allait de US\$ 145 par personne et par an pour le schéma le meilleur marché (stavudine + lamivudine + névirapine) à US\$ 623 par personne et par an pour le schéma le plus onéreux (zidovudine + lamivudine + éfavirenz). La même année, le coût moyen pondéré des quatre associations les plus fréquemment utilisées en première intention était de US\$ 240 par personne et par an.

Le traitement de deuxième intention est encore sensiblement plus cher que le traitement de première intention dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En 2006, une association de didanosine + abacavir + lopinavir/ritonavir, le schéma de deuxième intention le plus couramment utilisé (encadré 2), coûtait en moyenne US\$ 1 698 dans les pays à faible revenu et US\$ 4 735 dans les pays à revenu intermédiaire. L'association ténofovir + abacavir + lopinavir plus ritonavir coûte en moyenne US\$ 1 572 par personne et par an dans les pays à faible revenu et US\$ 4 698 par personne et par an dans les pays à revenu intermédiaire. Les prix réellement pratiqués pour des schémas de deuxième intention varient beaucoup d'un pays à l'autre. Ainsi, l'association ténofovir + abacavir + lopinavir/ritonavir coûte en moyenne US\$ 1 600 par personne et par an en Afrique du Sud, contre US\$ 7 613 en El Salvador.

Encadré 2. Enquête de l'OMS sur l'emploi des médicaments antirétroviraux

En mars/avril 2006, 23 pays fortement touchés ont répondu à un questionnaire type de l'OMS pour analyser l'utilisation nationale des antirétroviraux. Au total, 851 000 patients recevaient des antirétroviraux, ce qui représente 53% du nombre total de patients qui étaient alors sous traitement antirétroviral dans des pays à ressources limitées ; 92% des patients étaient des adultes et 8% des enfants. Quinze schémas de première intention et 27 de deuxième intention étaient utilisés, avec 96% des adultes et 99% des enfants sous traitement de première intention. Chez les adultes, 94% des patients sous traitement de première intention recevaient l'un des quatre schémas thérapeutiques recommandés par l'OMS, 61% d'entre eux étant placés sous stavudine + lamivudine + névirapine. Dans les 13 pays qui ont fourni des données sur le traitement pédiatrique, 97% des enfants sous traitement de première intention recevaient l'un des quatre schémas recommandés par l'OMS. Si 4% d'adultes bénéficiaient d'un schéma de deuxième intention, l'information sur les schémas précis n'était donnée que pour 76% de ce groupe d'adultes. Soixante-et-un pourcent des schémas de deuxième intention indiqués dans les questionnaires correspondaient aux directives sur le traitement, publiées par l'OMS en 2006, dont 24% des patients qui recevaient l'association abacavir + didanosine + lopinavir/ritonavir¹⁸.

2.1.4 Résultats des traitements

Le rapport final préparé par l'OMS et l'ONUSIDA sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a décrit l'effet spectaculaire des traitements antirétroviraux sur les taux de survie dans les pays à revenu faible ou intermédiaire¹⁹. Néanmoins, à l'exception du Brésil, la plupart des données disponibles proviennent de recherches ou de rapports d'organisations non gouvernementales réalisés sur une courte période ou à une échelle relativement modeste. Des taux de survie allant jusqu'à 95% au terme d'un an de traitement et de 94% après deux ans ont été rapportés dans certains environnements²⁰. Des données supplémentaires sont nécessaires pour déterminer si ces résultats sont confirmés dans les pays qui élargissent l'accès au traitement antirétroviral en ayant recours à une approche de santé publique.

Certains pays ont toujours du mal à recueillir et publier des données fiables et complètes sur le nombre actuel de patients traités et beaucoup n'ont pas encore examiné les données sur les résultats des traitements. Dans quelques pays comme l'Éthiopie, l'Inde et l'Afrique du Sud, des systèmes de surveillance des patients utilisant des supports papier ont été introduits qui permettent la collecte et la publication de données globales par cohorte de traitement, pour documenter des questions

18 Ces conclusions correspondent à celles de Beck E.J., Vitoria M., Mandalia S., Crowley S., Gilks C.F., Souteyrand Y., National adult antiretroviral therapy guidelines in resource-limited countries: concordance with 2003 WHO guidelines? AIDS, 2006; 20(11):1497-1502.

19 OMS et ONUSIDA, *Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : Rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et au-delà*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, mars 2006.

20 Munderi P., Watera C., Nakiyingi J., Kasirye A., Walker S., French N., Gilks C., Grosskurth H., *Survival and causes of death two years after introduction of ART in Africa: a historic cohort comparison in Entebbe, Uganda*. XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006, abrégé THLB0208.

comme la proportion de patients vivants sous traitement et qui demeurent sous schéma de première intention. Dans cinq hôpitaux en Éthiopie, la survie au terme de 12 mois de traitement était d'environ 90% pour les cohortes mensuelles qui avaient commencé le traitement entre septembre 2004 et janvier 2005²¹. En juin 2006, en Inde, 81% des patients qui avaient commencé le traitement en avril 2004 demeuraient sous schéma de première intention, 8% étaient décédés et 9% étaient perdus de vue après 12 mois de traitement²². À la même époque, dans la province du Cap oriental, en Afrique du Sud, 78% des patients qui avaient commencé le traitement en 2001 étaient encore sous schéma de première intention, 9% étaient décédés et 6% étaient perdus de vue au terme de 12 mois de traitement, alors que 74% des patients demeuraient sous traitement de première intention, 16% étaient déclarés décédés et 3% étaient perdus de vue au bout de 24 mois²³.

Dans l'ensemble, les recherches ont montré que la réponse virologique et immunologique au traitement dans les pays à ressources limitées peut être aussi satisfaisante que celle qui est enregistrée dans des pays industrialisés, à condition d'adopter une approche de santé publique²⁴.

Encadré 3. Résultats des traitements pour les enfants : données du réseau KIDS-ART-LINC Collaboration

Le réseau KIDS-ART-LINC Collaboration, soutenu par l'Agence nationale française de recherches sur le SIDA (ANRS), le Partenariat Europe-pays en développement sur les essais cliniques (EDCTP), les National Institutes of Health (NIH) et l'USAID, contribue à la diffusion des récentes directives de l'OMS sur le traitement antirétroviral des nourrissons et des enfants dans des environnements à ressources limitées²⁵.

Le traitement antirétroviral est un élément essentiel de la stratégie globale de lutte contre la pandémie de VIH pédiatrique et, depuis 1996, il a permis de réduire notablement la morbidité et la mortalité liées au VIH chez l'enfant dans les pays industrialisés²⁶. Pourtant, rares sont les données relatives aux pays à faible revenu. C'est pour combler cette lacune qu'a été créé un réseau africain de programmes de traitement antirétroviral, KIDS-ART-LINC Collaboration, qui rassemble 25 programmes dans 15 pays africains (voir www.rcqhc.org/kids-art-linc).

En 2005-2006, une évaluation sur site de 24 de ces programmes a examiné leurs caractéristiques et a montré que les pratiques cliniques étaient bien uniformisées, mais que l'enregistrement des informations cliniques était médiocre. Dix-huit (75%) sites étaient des établissements de soins publique financés par le ministère de la santé respectif, alors que les autres étaient des organisations non gouvernementales, des organisations confessionnelles ou des centres de recherche. Sept programmes ne traitaient que les enfants, alors que les autres étaient intégrés dans des établissements de soins plus vastes. L'année médiane de début des activités de traitement antirétroviral était 2003 (intervalle interquartile 2002-2004). Treize sites fournissaient une répartition par âge pour 2 052 enfants sous antirétroviraux : 7,7% d'entre eux étaient âgés de moins de deux ans. Vingt programmes parmi les 24 proposaient un traitement antirétroviral gratuit.

Les données préliminaires sur les patients individuels fournies par le réseau KIDS-ART-LINC Collaboration sont fondées sur 1 195 enfants sous traitement antirétroviral dans deux cohortes en Afrique du Sud, une au Burundi, deux en Côte d'Ivoire, une en Gambie, une au Ghana et une au Zimbabwe avec suivi de plus d'un jour et disponibilité de la numération des lymphocytes CD4 et de l'hémoglobine lors du début du traitement antirétroviral (correspondant à -120/+30 jours autour de la date du début du traitement antirétroviral)²⁷. Cinquante-deux pour cent de ces enfants

21 Woldu A, Lemma W, Tadesse W., Survival Rate Under ART: *PERFAR And UNGASS Indicator, GE 16*, in United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, Annual Meeting, Durban 2006, Abstract 535.

22 Khera A., Dharamshaktu N.S., Rewari B.B., Tassie J., Chan P., Mahanty B., Garg R., Effectiveness of India's Public Sector Antiretroviral Treatment Programme, XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006, abrégé WEPE0096.

23 Western Cape Department of Health, *The Western Cape Antiretroviral Programme: Monitoring Report, June 2006*, Cape Town, Provincial Government of the Western Cape, 2006.

24 Sow P.S., Otiendo L.F., Bisagnone E. et al., Implementation of an Antiretroviral Access Program for HIV-1 Infected Individuals in Resource-Limited Settings, Clinical results from 4 African Countries, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 44(3) :262-267.

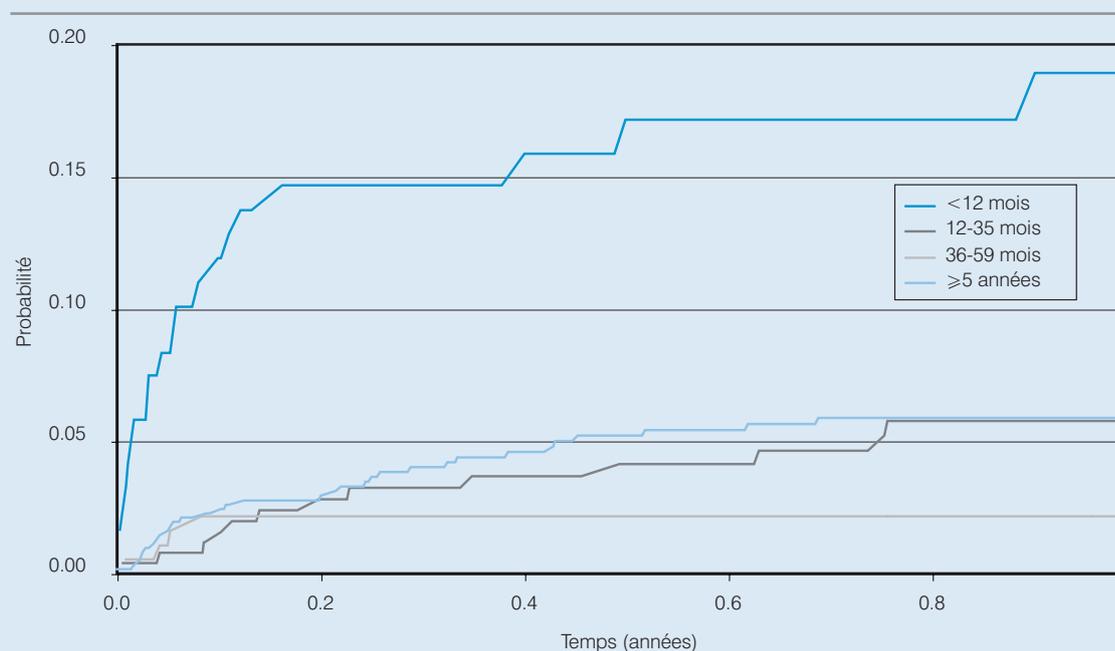
25 WHO, *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access*, World Health Organization, Geneva, 2006.

26 Resino S., Resino R., Maria Bellon J. et al., Clinical outcomes with highly active antiretroviral therapy in vertically HVI type-1-infected children, *Clinical Infectious Diseases* 2006, 43 :243-252.

27 The KIDS-ART-LINC Collaboration, *Response to Anti-Retroviral Therapy (ART) in Children in sub-Saharan Africa: A Pooled Analysis of Clinical Databases: the KIDS-ART-LINC Collaboration*, Fourteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, 25-28 February 2007 (abstract R-193).

étaient des garçons, 10% étaient âgés de 12 mois ou moins, 66% présentaient une grave immunodéficience et 6,5% souffraient d'anémie sévère au début du traitement. Soixante-dix décès se sont produits pendant la première année de traitement et la probabilité globale du décès était estimée à 5,5% (intervalle de confiance 4,3%-7,1%) après six mois et à 6,5% après un an (5,1%-8,2%). Le risque de décès au terme de 12 mois de traitement antirétroviral était plus élevé chez les enfants âgés de moins de 12 mois (figure 7), chez ceux qui étaient gravement anémiés (définition de la Division du SIDA-DAIDS, *National Institutes of Health-NIH*, 2004) et qui présentaient une grave immunodéficience (critère de l'OMS, 2006) au début du traitement antirétroviral. Aucune différence n'a été observée selon que le schéma de première intention était basé sur le NNRTI ou sur le PI.

Figure 7. Probabilité de décès des enfants africains démarrant un traitement antirétroviral en fonction de l'âge au début du traitement antirétroviral (n=1 195), février 2007



Un autre exemple des difficultés rencontrées pour mettre en place un traitement pédiatrique vient d'une cohorte de 207 enfants infectés par le VIH à l'hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe dans la République démocratique du Congo, où la probabilité de survie après 300 jours de traitement était de 83%. La plupart des décès (91%) se produisaient dans les trois mois suivant l'initiation du traitement. Les auteurs en concluent que les facteurs associés à la mortalité sont les modalités de la demande de soins de santé, notamment une première visite trop tardive, la malnutrition et la faiblesse des systèmes de soins de santé²⁸.

Une récente revue de littérature a montré que les consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH dans les pays à revenu élevé peuvent être observants au traitement antirétroviral et en retirer des bénéfices importants. Néanmoins, plusieurs études indiquent que les résultats du traitement antirétroviral pour les toxicomanes sont moins bons que pour les patients qui ne consomment pas de drogues, avec une évolution plus rapide vers une pathologie indicatrice du SIDA et des taux supérieurs de mortalité. Un certain nombre de facteurs contribuent probablement à ces résultats moins satisfaisants, notamment le démarrage tardif du traitement, les interruptions du traitement et la médiocre observance du traitement. Le recours à un traitement de substitution chez les personnes dépendantes aux opiacés peut améliorer les résultats des antirétroviraux en favorisant un démarrage plus précoce du traitement antirétroviral et en améliorant l'observance du traitement²⁹.

28 Callens S., Kokolomami J., Kitetele F., Lusiana J., Colebunders R., Van Rie A., Behets F., Improving survival of children living with HIV in resource poor settings requires a comprehensive programmatic response, XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, août 2006, abrégé CBD1109.

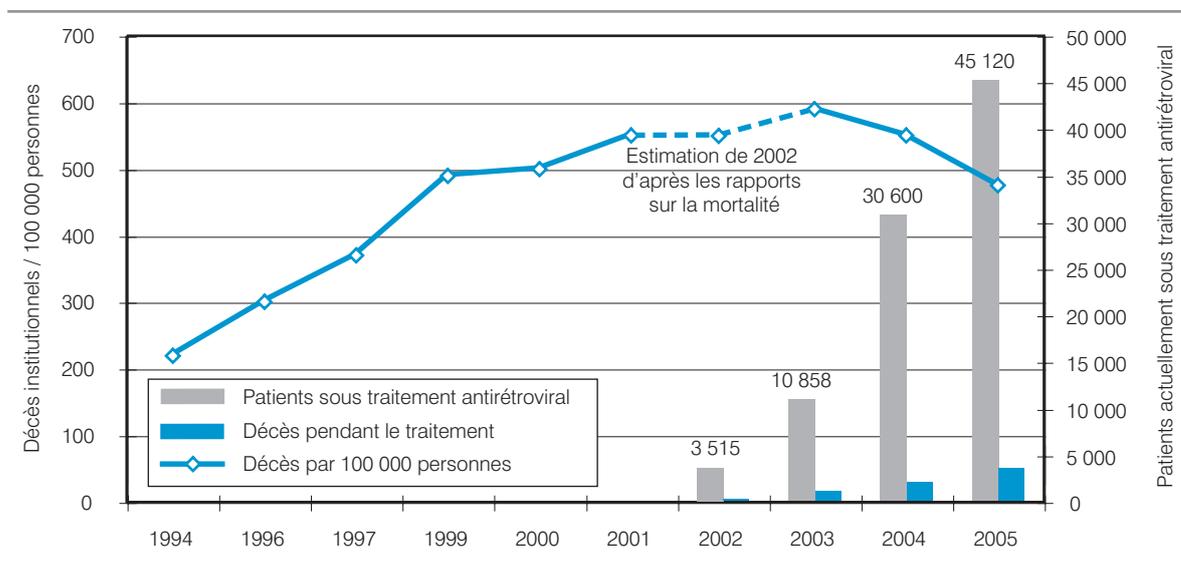
29 Lert F., Kazatchinkine M., Antiretroviral treatment and care for injecting drug users: an evidence-based overview, *The International Journal of Drug Policy* (sous presse).

Encadré 4. Résultats encourageants des traitements dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

La Thaïlande abrite la quatrième plus forte population sous traitement antirétroviral : près de 90 000 patients sont soignés dans le secteur public. Une analyse préliminaire des données sur les malades du VIH/SIDA dans 746 des 757 (98%) hôpitaux de janvier 2000 à mars 2005 a montré une survie supérieure à 90% après 48 mois de suivi. Néanmoins, les patients qui avaient démarré le traitement plus tard et avec une numération des lymphocytes CD4 inférieure couraient un risque accru de décès. L'analyse a conclu qu'un début précoce du traitement était associé à une réduction de la mortalité, et elle a recommandé une identification rapide de l'infection à VIH et un accès précoce au traitement³⁰.

D'autres pays ont rapporté des résultats semblables, notamment le Botswana, le Cameroun, l'Éthiopie, l'Ouganda, le Pérou et Trinité-et-Tobago^{31,32,33,34,35}. Le Botswana a été l'un des premiers pays à étendre le traitement antirétroviral, dès 2002. En décembre 2006, la couverture était estimée à plus de 95%, avec 84 000 (78 000-90 000) personnes sous traitement. Les résultats préliminaires d'une évaluation des effets du programme de traitement dans le pays indiquent qu'entre 2003 et 2004, ce programme a réduit de 8% le taux national global de mortalité des adultes. Cette réduction de la mortalité a été associée au démarrage rapide des programmes de traitement dans les districts et au taux global de recours au traitement dans les districts. L'étude démontre que dans un pays fortement affecté, où la mortalité attribuable au SIDA a été estimée à 83% de l'ensemble des décès, un traitement antirétroviral est capable de modifier les taux de mortalité au niveau de la population³⁶. La figure 8 montre les tendances dans la mortalité globale et la couverture du traitement antirétroviral.

Figure 8. Mortalité globale et nombre de personnes sous traitement antirétroviral, Botswana 1994-2005^a



a décès de 2005 annualisés sur la base des décès jusqu'en juin 2005, notifiés jusqu'en novembre 2005; les données sur le programme de traitement antirétroviral notifiées jusqu'en septembre 2005.

30 Ningsanon P., Nuchchom K., Kestham K., Fakthongkham K., *Survival time to receive ARVs among HIV-infected patients who are not eligible for ARVs by median CD4 at the initial test*, XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006 (abrév. CDB1285).

31 Wolday D. et al., *Survival of human immunodeficiency virus (HIV) infected patients after initiating antiretroviral treatment (ART) in Ethiopia*, XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006 (abrév. CDB0596).

32 Tsague L. et al., *Predicting short term survival and lost to follow-up among HIV-infected patients after antiretroviral therapy initiation in resources limited settings: preliminary results from an open labeled cohort study in Cameroon, Africa*, XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006 (abrév. CDB0623).

33 Soyer-Labastide S., Nero-Jarvis O., Bartholomew C., *Survival rates in HIV/AIDS up to 45 months in patients who have been on HAART at the Medical Research Centre, Trinidad and Tobago*, XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006 (abrév. CDC0012).

34 Collins J.A., Claros J., Rojas C., Reyes S., *Survival of HIV infected patients in poor areas of Lima, Peru in the pre-HAART era*, Third IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment 2005, Rio de Janeiro, 2005 (abstract MoPe11.6C15).

35 Otim T.W., Mugenyi P. M., Ssali F.S., Kityo C.M., *Survival Analysis of AIDS Inpatients at Joint Clinical Research Center in Kampala*, XV Congrès international sur le SIDA, Bangkok, 2004 (abrév. MoPeC3515).

36 Stoneburner R., Montagu D., Pervilhac C., Fidzani B., Gill W., Kennedy G., Spindler H., Rutherford G., *Declines in adult HIV mortality in Botswana, 2003-5: evidence for an impact of antiretroviral therapy programs*, XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006 (abrév. THLB0507).

Le point sur l'épidémie de SIDA 2006, publication de l'ONUSIDA et de l'OMS, estime que deux millions d'années de vie ont été épargnées depuis 2002 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire grâce à l'extension de la fourniture des traitements antirétroviraux. Rien qu'en Afrique subsaharienne, quelque 790 000 années de vie ont été épargnées, dont la vaste majorité au cours des deux ans d'extension des traitements antirétroviraux. En Amérique latine, où la fourniture de traitements à grande échelle a commencé plus tôt, quelque 834 000 années de vie ont été épargnées depuis 2002.

Une récente étude au Kenya a montré que, en plus d'une meilleure survie, le traitement antirétroviral aboutit à des améliorations sensibles de la qualité de vie. Le traitement a permis d'accroître rapidement le taux d'emploi des patients et il a diminué la nécessité pour les jeunes garçons de travailler quand ils vivaient avec des adultes sous traitement³⁷. L'étude d'un programme de traitement antirétroviral financé par un grand employeur en Afrique du Sud a montré une réduction de l'absentéisme chez les salariés sous traitement³⁸. Des améliorations sensibles de la qualité de vie ont aussi été rapportées parmi les patients dans le nord de la Thaïlande au terme d'une année de traitement antirétroviral, notamment sur la santé physique et mentale, des durées d'hospitalisation réduites et un accroissement du revenu, de l'emploi et de la productivité³⁹.

Malgré ces résultats encourageants, de nombreux pays ont également rapporté des taux élevés de mortalité avant que les patients ne développent le SIDA et un risque élevé de décès chez les individus qui présentaient une numération très faible des lymphocytes CD4⁴⁰. L'étude ART-LINC confirme ces résultats⁴¹. Ce phénomène est principalement dû au diagnostic tardif de l'infection à VIH et au long délai de mise sous traitement (encadré 4).

Encadré 5. Les réseaux de recherche examinent les résultats des traitements dans des environnements à ressources limitées

ART-LINC (*Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries*) Collaboration, qui bénéficie du soutien de l'ANRS, de l'EDCTP, des NIH et de l'USAID (www.art-linc.org), est un réseau de centres de soins en Afrique, en Amérique du Sud et en Asie. Il a été créé pour examiner les réponses au traitement des patients infectés par le VIH-1 dans des environnements à ressources limitées et il compare les expériences entre différents environnements, modes de prestation de services et types de surveillance. La base de données d'observation du VIH de TREAT Asia (*Therapeutics Research, Education, and AIDS Training in Asia*) évalue les résultats des patients dans la région de l'Asie et du Pacifique. Plus récemment, l'initiative leDEA (*International epidemiological Databases to Evaluate AIDS*) a établi sept réseaux régionaux, dont quatre en Afrique subsaharienne (voir www.iedea-hiv.org). Les centres et les programmes participant à ces réseaux sont hétérogènes et comptent des programmes publics financés par les ministères de la santé, des centres privés à but lucratif ou non, des dispensaires gérés par des organisations non gouvernementales. Les coûts pour les patients varient très largement⁴².

Les données provenant de TREAT Asia et d'ART-LINC ont montré que la réponse virologique et immunologique au traitement antirétroviral tend à être similaire dans les environnements à revenu faible que dans les environnements à revenu élevé^{43,44}. Toutefois, les perdus de vue et l'abandon du traitement sont des questions importantes dans les pays à faible revenu. Des informations non publiées d'ART-LINC indiquent que, dans l'ensemble, 20% des patients sont perdus de vue dans les six premiers mois, même si ce pourcentage varie selon les programmes, le meilleur taux de rétention étant enregistré dans les dispensaires publics où les patients ont généralement accès à un traitement gratuit (6% de perdus de vue pendant les six premiers mois). Dans beaucoup d'environnements, le nombre de perdus de vue augmentait avec le temps, à mesure que le traitement s'intensifiait.

37 Thirumurthy H., Graff Zivin J., Goldstein M.P., *The impact of antiretroviral therapy on employment outcomes of HIV-infected individuals and their families: evidence from rural western Kenya*, XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006 (abrégé TUAD0203).

38 Muirhead D., Kumaranayake L., Hongoro C., Charalambous S., Grant A., Fielding K., Churchyard G., *Health care costs, savings and productivity benefits resulting from a large employer sponsored ART program in South Africa*, XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006 (abrégé MOPE0674).

39 Chariyalertsak S., Oberdopfer P., Thapinta D., Suwanteerangkul J., Sarna A., Guest P., Wu A., *Improved socio-economic status and quality of life and decreased hospitalization rates among patients in Thailand one year after initializing HAART*, XVIe Congrès international sur le SIDA, 2006 (abrégé HPDD06).

40 Badri M., Lawn S.D., Wood R., *Short-term risk of AIDS or death in people infected with HIV-1 before antiretroviral therapy in South Africa: a longitudinal study*, *The Lancet*, 2006, 368 (9543):1254-1259.

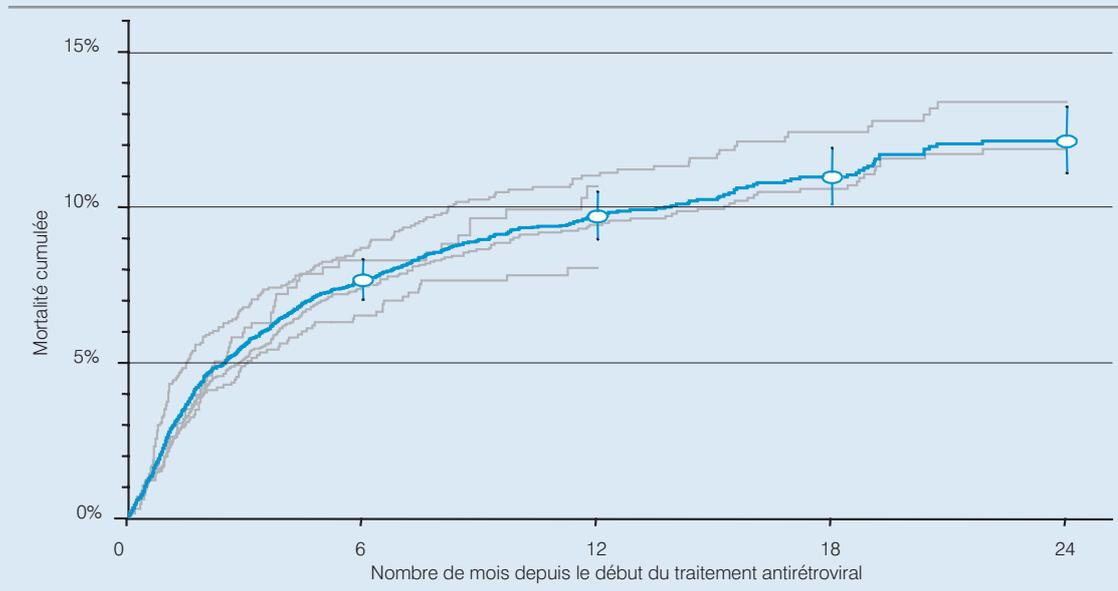
41 The Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries (ART-LINC) Collaboration and ART Cohort Collaboration (ART-CC) Groups, *Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries*, *The Lancet*, 2006, 367:817-824.

42 Dabis F., Balestre E., Braitstein P., Miotti P., Brinkhof W.G.M., Schneider M. et al., *Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries (ART-LINC): International collaboration of treatment cohorts*, *International Journal of Epidemiology* 2005;34:979-986.

43 Zhou J., Kumarasamy N., Ditango R., Kamarulzaman A., Lee CK, Li PC et al. *The TREAT Asia HIV Observational Database: baseline and retrospective data*, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology* 2005;38:174-179.

44 Braitstein P., Brinkhof MW, Dabis F, Schechter M, Boulle A, Miotti P et al. *Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries*. *The Lancet* 2006;367:817-824.

Figure 9. Probabilité de décès des patients suivant un traitement antirétroviral dans quatre programmes en Afrique du Sud, en Côte d'Ivoire et au Malawi, février 2007



Courbes de probabilité de survie selon la méthode de Kaplan-Meier chez 7 109 patients infectés par le VIH-1 pris en charge dans quatre grands programmes de traitement antirétroviral en Afrique du Sud, en Côte d'Ivoire et au Malawi. Les résultats des centres individuels figurent en gris, les estimations combinées figurent en bleu. ART-LINC (ANRS/NIH) Collaboration - février 2007.

Une récente analyse des données d'ART-LINC a montré que les taux de mortalité ont diminué de manière spectaculaire dans les premiers mois de traitement antirétroviral et sont proches de ceux qui sont observés dans les pays industrialisés au terme de quatre à six mois de traitement⁴⁵. La mortalité accrue pendant les premiers mois s'explique probablement par la grave comorbidité, notamment due à la tuberculose, et à une immunodéficience plus avancée au début du traitement dans les environnements à ressources limitées. La figure 9 montre la mortalité cumulée observée sur deux ans chez des patients commençant le traitement dans quatre programmes de traitement antirétroviral en Afrique subsaharienne : le programme Lighthouse à l'hôpital central Kamuzu à Lilongwe (Malawi) ; un programme de traitement à Khayelitsha et à Gugulethu, deux *townships* du Cap (Afrique du Sud) ; et un au Centre de prise en charge de recherches et de formation (CEPREF) à Abidjan (Côte d'Ivoire). Ces programmes ont de faibles taux de perdus de vue et renseignent sur la quasi-totalité des décès. L'analyse est fondée sur 7 109 patients (64% de femmes, âge médian 35 ans), 624 décès et 6 503 personnes/années de surveillance. La numération médiane des lymphocytes CD4 au début du traitement était de 96 cellules/ μ L. Ainsi que le montre la figure 9, la mortalité cumulée était estimée à 7,7% à six mois, 9,7% à un an et 12,1% à deux ans.

Les réseaux de recherche décrits ici sont importants pour surveiller les résultats chez les patients infectés par le VIH-1 traités dans des environnements à faible revenu et pour faire des comparaisons utiles entre des programmes de traitement qui utilisent des procédures opérationnelles différentes et qui desservent des communautés différentes dans différents pays.

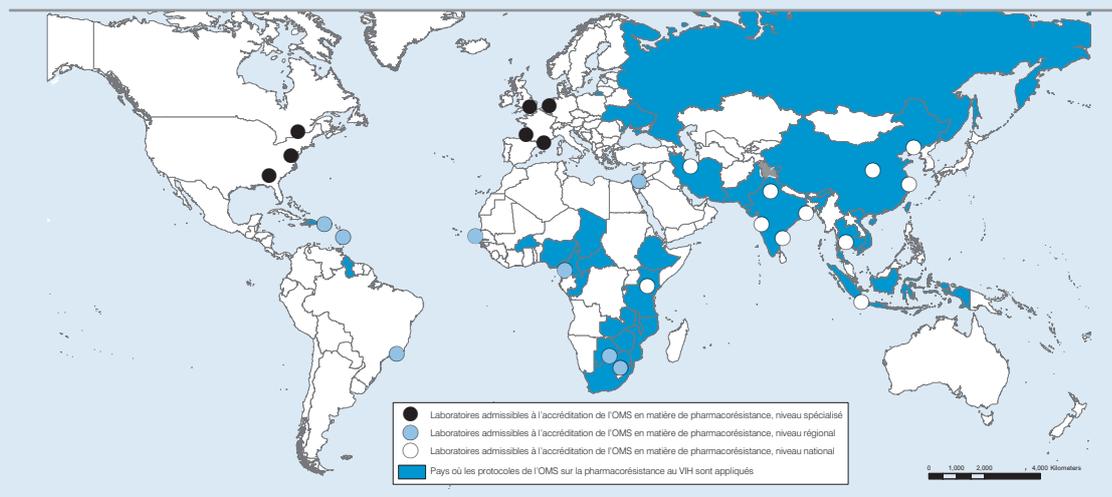
Encadré 6. La surveillance des pharmacorésistances au VIH se met en place

Une stratégie mondiale sur la pharmacorésistance au VIH préparée par l'OMS et ses partenaires recommande un ensemble précis de mesures pour surveiller la résistance aux médicaments contre le VIH dans tous les pays élargissant le traitement antirétroviral. L'objectif de cette stratégie est de prévenir, autant que possible, l'apparition et la propagation de la pharmacorésistance. La figure 10 répertorie les pays qui ont commencé à appliquer la stratégie de l'OMS et les laboratoires qui ont demandé l'agrément de l'Organisation pour mener des analyses génotypiques de la résistance aux médicaments contre le VIH.

45 Op. cit.

Les enquêtes réalisées au moyen de la méthodologie de l'OMS dans six grandes villes d'Asie, d'Europe orientale et d'Afrique en 2006 montrent que la prévalence du VIH pharmacorésistant transmis demeure inférieure au seuil de 5%. Pour de plus amples informations, voir www.who.int/hiv/drugresistance/.

Figure 10. Pays à revenu faible ou intermédiaire qui appliquent les protocoles de l'OMS sur la pharmacorésistance et ont mis en place le réseau OMS de laboratoires sur la pharmacorésistance du VIH en 2006



2.1.5 Effets du traitement sur la prévention du VIH

Les effets du traitement sur la prévention sont une question complexe, touchant des facteurs biologiques (comme la diminution de la charge virale), des facteurs démographiques (par exemple l'allongement de la vie sexuelle) et des facteurs comportementaux, tels que les retombées du traitement sur la prévention.

En Ouganda, l'extension de l'accès au traitement antirétroviral semble avoir réduit les taux de transmission du VIH en raison de la réduction de la charge virale⁴⁶. Néanmoins, aucune étude n'a été réalisée au niveau de la population. Des modèles mis en œuvre dans des environnements à ressources limitées suggèrent que les conséquences d'un accès élargi au traitement au niveau de la population ne suffisent probablement pas pour réduire l'incidence globale du VIH⁴⁷. Néanmoins, d'autres auteurs considèrent que le traitement pourrait avoir un rôle majeur pour renforcer la prévention du VIH s'il était généralisé de manière appropriée⁴⁸.

Certains observateurs craignent que les efforts de prévention ne soient affaiblis par l'idée que le VIH/SIDA n'est plus une maladie mortelle, compte tenu de la disponibilité du traitement. C'est ce que l'on appelle le « facteur de désinhibition ». Des études réalisées dans des pays à revenu élevé ont montré que la disponibilité des traitements favorisait la reprise des comportements à risque⁴⁹, notamment chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Ces conclusions sont confirmées par une augmentation des infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH) chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes^{50,51,52} et les populations hétérosexuelles⁵³. Cette question n'a

46 Spacek L.A., Shihab H.M., Kanya M.R., Mwesigire D., Ronald A., Mayanja H., Moore R.D., Bates M., Quinn T.C., Response to antiretroviral therapy in HIV-infected patients attending a public, urban clinic in Kampala, Uganda, *Clinical Infectious Diseases*, 2006 Jan 15;42(2):252-259. Epub 2005 Dec 12.

47 Baggaley R.F., Garnett G.P., Ferguson N.M., Modeling the impact of Antiretroviral use in resource-Poor settings, *PLoS Medicine*, Vol. 3, No. 4, e124.

48 Montaner J., Hogg R., Wood E., Kerr T., Tyndall M., Levy A and Harrigan P., The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic, *The Lancet*, 2006, 368(9534):531-536.

49 Crepaz N., Hart T.A., Marks G., 2004, Highly Active Antiretroviral Therapy and Sexual risk behaviour: A Meta-analytic review. *Journal of American Medical Association*, 2004 292(2): 224-236. Voir aussi : Crepaz N., Marks G., Towards an understanding of sexual risk behaviour in people living with HIV: A review of social, psychological and medical findings, *AIDS*, 2002, 16: 135-149.

50 Katz M.H., Schwarcz S.K., Kellogg T.A. et al., Impact of highly active antiretroviral therapy on HIV sero-incidence among men who have sex with men: San Francisco, *American Journal of Public Health*, 2002, 92: 388-394.

51 Increases in unsafe sex and rectal gonorrhoea among men who have sex with men: San Francisco 1994-1997, *Morbidity Mortality Weekly Report*, 1999 48: 45-48.

52 Stolte I.G., Dukers N.H., de Wit J.B. et al., Increase in sexually transmitted infections among homosexual men in Amsterdam in relation to HAART, *Sexually Transmitted Infections*, 2001, 77: 184-186.

53 Scheer S., Lee Chu P., Klausner J.D. et al., Effect of highly active antiretroviral therapy on diagnoses of sexually transmitted diseases in people with AIDS, *The Lancet*, 2001; 357:432-435.

pas encore été étudiée de près dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Une revue systématique des publications présentée au Congrès international sur le SIDA en Aout 2006⁵⁴ n'a recensé que trois études qui correspondaient aux critères d'inclusion, même si les auteurs de la revue ont jugé que ces études sont faibles au plan méthodologique. Toutes avaient été réalisées en Afrique (une en Côte d'Ivoire et deux en Ouganda) entre 1999 et 2004^{55,56,57}. Dans les trois études, une majorité des participants infectés par le VIH pratiquaient l'abstinence sexuelle et l'accès au traitement n'était pas associé à une augmentation des comportements sexuels à risque. Six mois après le démarrage du traitement, les comportements sexuels à risque avaient diminué de 70%. Les données disponibles n'indiquent pas de désinhibition du comportement attribuable au traitement antirétroviral, mais cette conclusion doit être confirmée par des études appliquant une méthodologie plus rigoureuse. Alors que le traitement continue d'être élargi dans les environnements à revenu faible ou intermédiaire, il est nécessaire de disposer d'une documentation à long terme sur les comportements à risque et de continuer à soutenir la prévention auprès des patients sous antirétroviraux.

De plus, les personnes interrogées dans le cadre d'une enquête réalisée au Botswana en 2004 ont été nettement moins nombreuses que lors d'une enquête précédente à évoquer des attitudes de stigmatisation en raison du VIH. L'analyse multivariée a montré que l'accès potentiel au traitement était associé de manière indépendante à un risque moindre de subir au moins une attitude stigmatisante. L'usage non systématique du préservatif était associé à un risque accru d'attitude stigmatisante. Ces conclusions appuient l'hypothèse selon laquelle l'accès au traitement antirétroviral peut contribuer à réduire la stigmatisation dont souffrent les personnes vivant avec le VIH⁵⁸.

2.2 Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant

2.2.1 Couverture et disponibilité des services

Les femmes infectées par le VIH peuvent transmettre le virus à leurs enfants pendant la grossesse, l'accouchement ou par l'allaitement. En l'absence de toute intervention, de 20% à 45% des nourrissons risquent d'être infectés⁵⁹.

On estime que 2,3 (1,7-3,5) millions d'enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH, dont bien plus de 90% auraient été infectés par leur mère. Malgré de nombreuses déclarations d'engagement politique⁶⁰, un ensemble bien défini d'interventions et les connaissances requises pour les mettre en œuvre, la grande majorité des femmes enceintes ayant besoin de services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) n'en bénéficient pas. En 2005, environ 220 000 parmi les 2 millions de femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu une prophylaxie pour la PTME, avec une couverture estimée à 11% (8%-16%).

Plus de 85% des femmes enceintes infectées par le VIH vivent en Afrique subsaharienne. Les dix pays qui comptent le plus grand nombre de femmes enceintes séropositives au VIH abritent aussi les deux tiers des femmes ayant besoin d'interventions de PTME dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et, à l'exception de l'Inde, ils sont tous situés en Afrique subsaharienne. La couverture de la prophylaxie antirétrovirale est encore relativement faible dans ces dix pays : seule l'Afrique du Sud affiche une couverture supérieure à 25% (figure 11).

54 Kennedy C., O'Reilly K., Medley A., Sweat M. *The impact of HIV treatment on sexual risk behavior in developing countries: a systematic review*, XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006 (abrégé TUPE0811).

55 Bunnell R., Ekwaru J.P., Solberg P., Wamai N., Bikaako-Kajura W., Were W., Coutinho A., Liechty C., Madraa E., Rutherford G., Mermin J., Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda, *AIDS*, 2006 20(1):85-92.

56 Moatti J.P., Prudhomme J., Traore D.C., Juillet-Amari A., Akribi H.A., Msellati P.; Côte d'Ivoire HIV Drug Access Initiative Socio-Behavioural Evaluation Group. Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV-infected patients aware of their serostatus in Cote d'Ivoire, *AIDS*, 2003,17(Suppl 3):S69-77.

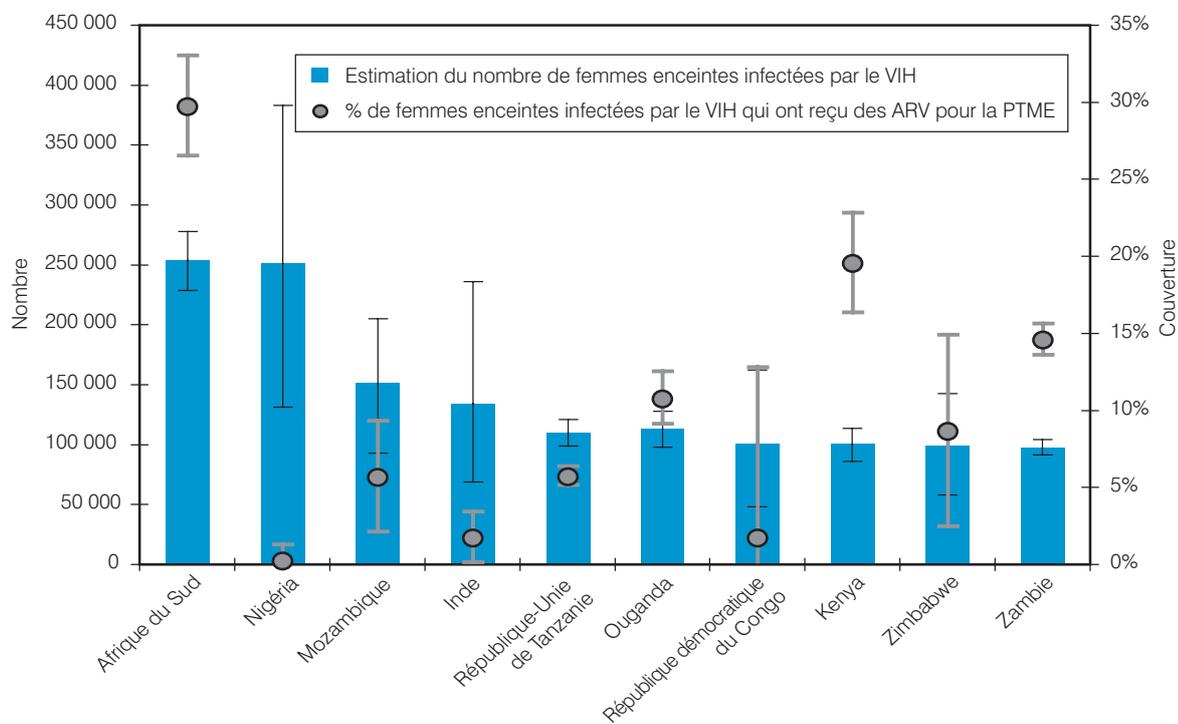
57 Bateganya M., Colfax G., Shafer L.A., Kityo C., Mugenyi P., Serwadda D., Mayanja H., Bangsberg D., Antiretroviral therapy and sexual behavior: a comparative study between antiretroviral-naïve and -experienced patients at an urban HIV/AIDS care and research center in Kampala, Uganda, *AIDS Patient Care STDS*, 2005, 19(11):760-768.

58 Gopalakrishnan C., HIV/AIDS awareness in Botswana and its implications on prevention - an analysis of the Botswana AIDS impact survey (BAIS) II 2004 results, XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006 (abrégé CDD1448).

59 De Cock K.M. et al., Prevention of mother-to-child transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice, *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283 (9): 1175-1182

60 Par exemple, dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA adoptée par l'Assemblée générale au cours de sa session extraordinaire en 2001, les pays ont décidé de réduire de 20% d'ici à 2005, et de 50% d'ici à 2010, la proportion de nourrissons infectés par le VIH dans les pays où l'épidémie est généralisée, tout en assurant une couverture de 80% des interventions efficaces. Le quatrième objectif du Millénaire pour le développement vise à diminuer des deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici à 2015. Le Forum mondial des partenaires de haut niveau sur la PTME organisé en décembre 2005 à Abuja (Nigéria) a lancé un appel à l'action demandant aux gouvernements de s'engager solennellement à collaborer pour atteindre l'objectif d'une «génération libérée du VIH et libérée du SIDA» d'ici à 2015.

Figure 11. Les dix pays à revenu faible ou intermédiaire comptant le nombre le plus élevé de femmes enceintes infectées par le VIH et pourcentage correspondant de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME, 2005



I Indique la marge d'incertitude dans l'estimation.

Les données des pays d'Afrique subsaharienne⁶¹ indiquent que la proportion de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu une prophylaxie antirétrovirale en 2005 variait de moins de 1% à 54% et que la couverture régionale globale s'établissait à 11% (8%-15%). Les estimations correspondantes étaient de 75% (38%-95%) pour l'Europe orientale et l'Asie centrale, de 24% (13%-46%) pour l'Amérique latine et les Caraïbes, de 5% (3%-10%) pour l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, et de moins de 1% pour l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient.

Encadré 7. Des services complets de PTME

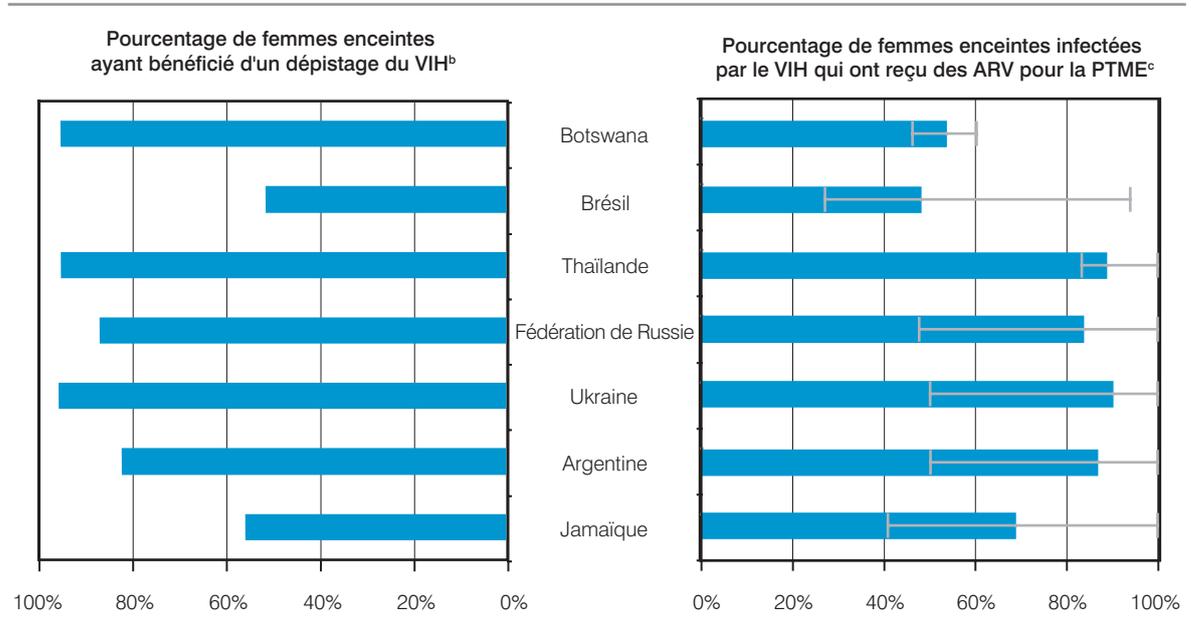
Voici les quatre éléments essentiels qui doivent figurer dans un ensemble complet d'interventions de PTME :

1. la prévention de l'infection primaire à VIH chez les femmes ;
2. la prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH ;
3. la prévention de la transmission du VIH des femmes séropositives à leurs nouveau-nés ;
4. un traitement, des soins et un soutien appropriés pour les mères infectées par le VIH, leurs nourrissons et leur famille.

Plus de 100 pays ont établi des programmes de PTME, dont la plupart n'ont cependant pas été suffisamment élargis pour répondre aux besoins. En 2005, seulement sept pays assuraient une prophylaxie antirétrovirale à 40% au moins des femmes enceintes infectées par le VIH (figure 12).

61 UNAIDS, UNICEF, WHO, *Children and AIDS: A Stocktaking Report*, op. cit.

Figure 12. Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux pour la PTME, 2005^a



a Sont inclus dans ce graphique les pays dont 40% au moins de femmes enceintes infectées par le VIH ont reçu des antirétroviraux pour la PTME (les pays qui estiment à moins de 500 le nombre de femmes enceintes infectées par le VIH n'ont pas été inclus). Les pays sont classés par ordre décroissant du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH.
 b Le dénominateur est l'estimation du nombre de femmes enceintes (âgées de 15-49 ans) en 2005.
 c Le dénominateur est l'estimation du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH/SIDA (âgées de 15-49 ans) en 2005.
 — Indique la marge d'incertitude dans l'estimation.
 Source: OMS et UNICEF au nom du Groupe spécial interagences sur la prévention de la transmission mère-enfant, « A report card on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and paediatric HIV care », 2006 (à paraître).

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, parmi les femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour la PTME, un grand nombre se voient proposer une dose unique de névirapine, qui est moins efficace qu'une association prophylactique⁶². La couverture actuelle de la PTME est très insuffisante et il est peu probable qu'elle permette d'atteindre l'objectif fixé pendant la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/SIDA, qui prévoit de réduire de 50% la proportion d'enfants infectés par le VIH d'ici à 2010. Des schémas thérapeutiques plus efficaces peuvent être utilisés et un effort concerté doit aussi être fait pour réduire et prévenir la transmission du VIH par l'alimentation sans risque des nourrissons.

Le Groupe spécial interagences sur la prévention de la transmission mère-enfant met au point une stratégie mondiale qui guidera les pays souhaitant étendre leurs programmes de PTME. Cette stratégie fournira un cadre intégré pour aider les décideurs, les administrateurs de programme et les partenaires d'exécution à accélérer l'extension d'interventions très efficaces de PTME pour atteindre des niveaux universels de couverture. Elle identifie des stratégies clés pour accélérer l'élargissement, conjointement avec des actions précises que les pays devraient prendre pour atteindre l'objectif d'une élimination des nouvelles infections à VIH chez le nourrisson d'ici à 2010.

62 Le Cœur S., Kanshana S., Jourdain G., Transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant et sa prévention, *Médecine Tropicale* (mars), 2003, 63(4-5):381-390.

Encadré 8. La PTME au Rwanda

La PTME a été introduite au Rwanda à la fin de 1999 avec un premier site pilote au centre de santé de Kicukiro ; deux autres sites pilotes ont été lancés peu après dans les centres de santé de Muhura et Gisenyi. Depuis lors, la PTME a été rapidement étendue grâce à la participation de plusieurs organisations partenaires. En 2002, 53 centres de santé assuraient des services de PTME, et ils étaient 221 mi-2006, soit 52% de tous les centres⁶³ (figure 13).

D'après le Centre de traitement et de recherche sur le SIDA, 90% (178 054 sur 198 234) des femmes enceintes se rendant dans une consultation prénatale qui assure des interventions de PTME ont bénéficié d'un dépistage du VIH, ce qui représente environ 47% du nombre total de femmes enceintes au Rwanda. Parmi les femmes enceintes testées, 4,8% (8 631 sur 178 054) étaient séropositives. Des données de 2005 montrent également qu'au Rwanda, comme dans beaucoup d'autres pays, alors même que les femmes enceintes séropositives sont identifiées, le suivi des services de PTME n'est pas à la hauteur (figure 14)⁶⁴. Les deux tiers seulement des femmes identifiées comme séropositives au VIH ont reçu des antirétroviraux pour la PTME. De plus, seule une faible proportion des nourrissons exposés au VIH sont testés pour vérifier leur statut sérologique, ce qui compromet le suivi, les soins et le traitement des nourrissons. Le manque de capacité et de biens médicaux est le principal obstacle et il entrave le diagnostic précoce et le traitement, l'appui nutritionnel et la prophylaxie au cotrimoxazole.

Néanmoins, l'engagement politique et l'affectation de ressources humaines et financières peuvent produire des résultats remarquables. En 2005, moins de 10% des nourrissons exposés au VIH avaient bénéficié d'un dépistage à 18 mois. Avec le soutien de partenaires, en particulier du Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le SIDA, le Rwanda a accompli de nettes avancées dans le diagnostic précoce du VIH chez l'enfant. Pendant les six premiers mois de 2006, les mères séropositives ont donné naissance à 5 904 nourrissons exposés dont 2 694 (45,6%) ont été surveillés jusqu'au dépistage⁶⁵. Ce chiffre dénote une nette amélioration, mais montre également que plus de la moitié des couples mère-bébé ont été perdus de vue et ne bénéficient donc pas des avantages d'un traitement et de soins précoces.

En septembre 2005, le Rwanda a approuvé un nouveau protocole de PTME : désormais la norme n'est plus une dose unique de névirapine, mais un schéma plus efficace associant la zidovudine à une dose unique de névirapine. Ce protocole a commencé à être mis en œuvre en janvier 2006. Il est généralisé par phases et jusqu'à présent, un tiers des sites de PTME l'utilisent.

Avec l'extension du traitement antirétroviral, les femmes enceintes séropositives au VIH devraient bénéficier d'un traitement pour leur propre santé, ce qui servirait aussi de prophylaxie pour la PTME. Des 232 sites de PTME du pays, 70 seulement sont capables de dispenser un traitement antirétroviral du fait d'une pénurie de personnel qualifié, de technologie de numération des lymphocytes CD4 et d'autres aspects des infrastructures de laboratoire.

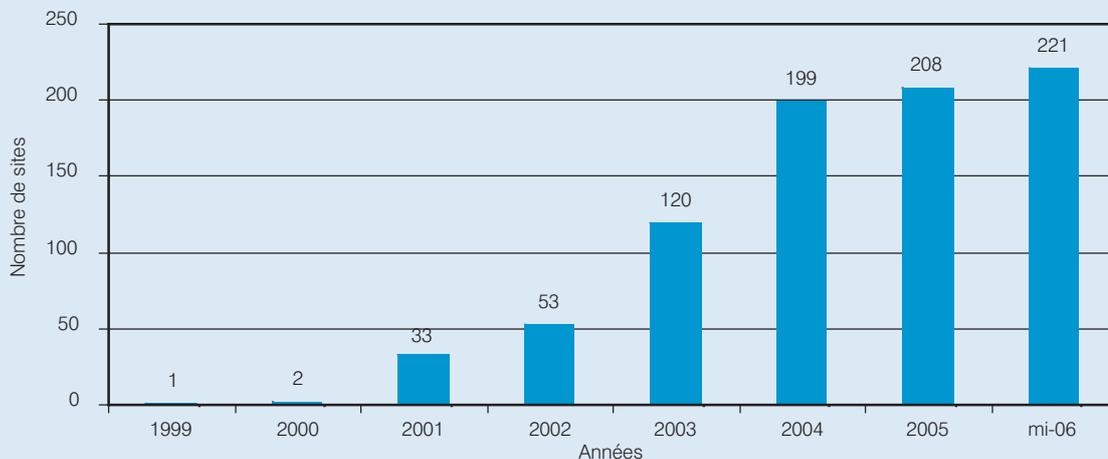
Entre-temps, dans le contexte de la politique de décentralisation du Rwanda, le Ministère de la santé prépare un système d'orientation des patients pour lier les services du VIH avec les services de santé de la mère et de l'enfant aux niveaux communautaires et national. Les plans relatifs à l'extension des centres existants de PTME et de soins et traitement pédiatriques du VIH visent à lever des obstacles tels que le faible recours aux services, les mécanismes de liaison, les services de nutrition, de santé sexuelle et le renforcement des capacités générales. Bien qu'il y ait encore place pour l'expansion et l'amélioration, le Rwanda a fait des progrès rapides dans son programme de PTME. Le maintien d'une bonne coordination des interventions et de la promotion des partenariats à tous les niveaux sera dans une large mesure déterminant pour confirmer les succès du programme.

63 Centre de Traitement et de Recherche sur le SIDA (TRAC), Ministère de la santé du Rwanda, intervention devant le XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006.

64 UNAIDS, UNICEF, WHO, *Children and AIDS: A Stocktaking Report*, op. cit.

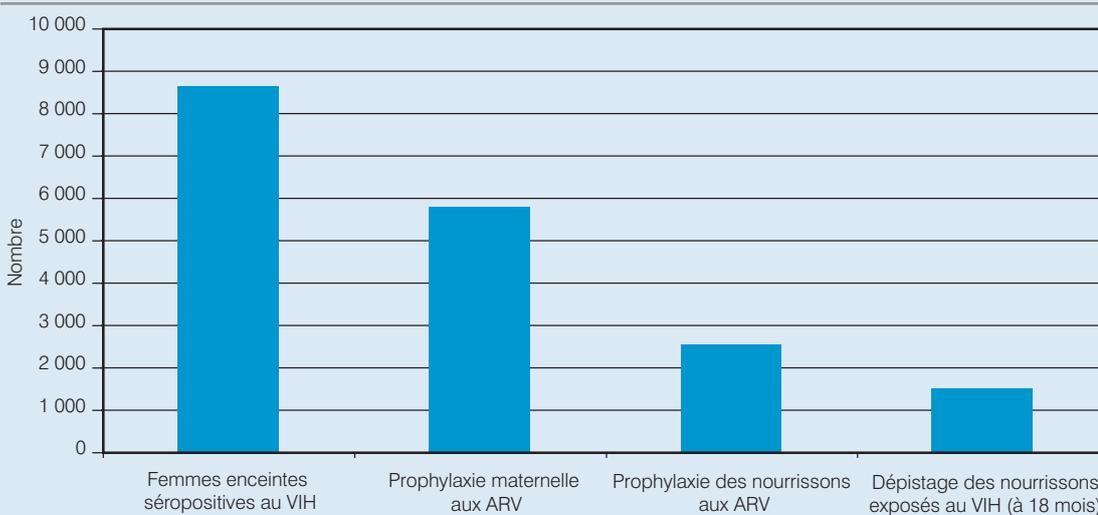
65 Données fournies par le Ministère de la santé, Rwanda.

Figure 13. Nombre de sites de PTME au Rwanda, 1999-2006



Source: Ministère de la Santé, Rwanda

Figure 14. Nombre de personnes bénéficiant des interventions de PTME au Rwanda, 2005



Source: Ministère de la Santé, Rwanda

2.3 Dépistage du VIH et services de conseil

2.3.1 Couverture et disponibilité des services

D'après les données disponibles, la couverture mondiale des services de conseil et de dépistage du VIH demeure insuffisante. Les enquêtes dans les pays fortement affectés ont montré que la connaissance du statut sérologique est limitée.

Des enquêtes démographiques et sanitaires récemment achevées dans 12 pays fortement touchés d'Afrique subsaharienne, qui représentaient 47% des adultes et des enfants vivant avec le VIH/SIDA dans la région en 2005, ont montré que dans la population générale, les pourcentages médians des hommes et des femmes qui avaient bénéficié d'un dépistage du VIH et en avaient reçu les résultats était de 12% et 10% respectivement (tableau 3).

Tableau 3. Pourcentage d'hommes, de femmes, d'hommes séropositifs au VIH et de femmes séropositives au VIH (âgés de 15-49 ans) dans certains pays d'Afrique subsaharienne qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et en ont reçu les résultats, 2003-2005

Pays	Date de l'enquête	% d'hommes qui connaissent leur statut ^a	% d'hommes séropositifs au VIH qui connaissent leur statut ^b	% de femmes qui connaissent leur statut ^a	% de femmes séropositives au VIH qui connaissent leur statut ^b
Botswana	2005	10,3		17,4	
Cameroun	2004	9,7	25,1	13,9	23,6
Congo	2005	9,5		10,6	
Éthiopie	2005	3,8		4,9	
Ghana	2003	7,4	12,4	7,5	8,2
Kenya	2003	13,1	18,2	14,3	22,8
Lesotho	2004	12,0	16,8	9,1	16,2
Malawi	2004	12,9	15,0	15,1	20,0
Mozambique	2003	3,7		3,6	
Nigéria	2003	6,4		13,6	
Ouganda	2004	12,7	23,5	10,8	15,0
République-Unie de Tanzanie	2004	12,1		12,3	

Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, 2003-2005

a Pourcentage de femmes ou d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont bénéficié d'au moins un dépistage du VIH et en ont reçu le résultat.

b Pourcentage de femmes ou d'hommes séropositifs âgés de 15 à 49 ans qui ont bénéficié d'au moins un dépistage du VIH et ont reçu le résultat du dernier test avant l'enquête.

La connaissance du statut sérologique diffère entre les pays. Au Lesotho, où la prévalence du VIH chez l'adulte est de 23%, d'après une enquête de 2004, 12% seulement des femmes et 9% des hommes s'étaient prêtés à un dépistage du VIH et en avaient reçu le résultat⁶⁶. Au Nigéria, une enquête de 2003 a montré que 6% des femmes et 14% des hommes avaient bénéficié d'un dépistage du VIH et avaient reçu le résultat du test⁶⁷. En Éthiopie, une enquête réalisée en 2004 a révélé que 4% des femmes et 5% des hommes s'étaient soumis à un dépistage du VIH et avaient reçu le résultat du test⁶⁸. En Afrique du Sud, une enquête de 2005 a montré que 31% des femmes et 26% des hommes avaient déjà été testés pour le VIH⁶⁹. Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la connaissance du statut était plus élevée chez les personnes vivant dans les zones urbaines que chez les habitants des zones rurales, et présentait une corrélation positive avec le niveau d'éducation et les moyens financiers. Par exemple, en Éthiopie en 2004, 17% des femmes dans les zones urbaines avaient bénéficié d'un test de dépistage et en avaient reçu le résultat, contre seulement 1% des femmes dans les zones rurales. Les taux les plus élevés de dépistage étaient également observés chez les personnes ayant fait des études secondaires ou supérieures, et chez les personnes dans le quintile le plus élevé en ce qui concerne les moyens financiers. Au Malawi en 2004, 25% des femmes et 26% des hommes qui avaient fait des études secondaires ou supérieures avaient été testés au moins une fois pour le VIH et avaient reçu le résultat du test; les valeurs correspondantes pour les femmes et les hommes sans instruction étaient de 8% et 10% respectivement⁷⁰.

Les informations sur le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA qui connaissent leur statut sont encore plus limitées. Dans quelques pays d'Afrique subsaharienne, les enquêtes qui incluent des questions sur les dépistages du VIH montrent que le pourcentage de femmes et d'hommes séropositifs qui connaissaient leur statut avant l'enquête oscillait de 12%-25%, et de 8%-24% respectivement (tableau 3). Au Cameroun, une enquête de 2004 a révélé que 25% des hommes et 24% des femmes vivant avec le VIH/SIDA avaient déjà bénéficié d'un dépistage du VIH et avaient reçu le résultat du test avant l'enquête⁷¹. Au Lesotho, moins de 17% des hommes et des femmes vivant avec le VIH/SIDA s'étaient prêtés à un dépistage et en avaient reçu le résultat avant l'enquête en 2004⁷². De même, au Ghana, une enquête de 2003 a montré que 12% des femmes et 8% des hommes vivant avec le VIH/SIDA connaissaient leur statut avant l'enquête⁷³.

66 Ministry of Health and Social Welfare, Lesotho; Bureau of Statistics, Lesotho; and ORC Macro, 2005, *Lesotho Demographic and Health Survey 2004*.

67 National Population Commission, Nigeria, and ORC Macro, 2004, *Nigeria Demographic and Health Survey 2003*.

68 Central Statistical Agency, Ethiopia, and ORC Macro, 2006, *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*.

69 *South African National HIV Prevalence, HIV Incidence, Behaviour and Communication Survey 2005*

70 National Statistical Office, Malawi, and ORC Macro, 2005, *Malawi Demographic and Health Survey 2004*.

71 National Statistics Institute, Cameroon, and ORC Macro, 2004, *Cameroon Demographic and Health Survey 2004*.

72 Lesotho op. cit.

73 Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, and ORC Macro, 2004 *Ghana Demographic and Health Survey 2003*, Calverton, Maryland: GSS, NMIMR, and ORC Macro.

Les données sur le dépistage parmi les populations les plus exposées, pour limitées qu'elles soient, suggèrent également des niveaux relativement bas de connaissance du statut sérologique. En Indonésie, les données recueillies entre 2004 et 2005 indiquaient que 15% des professionnel(le)s du sexe et 18% des consommateurs de drogues injectables ayant fait l'objet de l'enquête avaient été testés pour le VIH et avaient obtenu le résultat du test au cours des 12 mois précédents⁷⁴. En Ukraine, des informations recueillies en 2004 ont montré que 27% des consommateurs de drogues injectables avaient bénéficié d'un dépistage et de conseils au cours des 12 mois précédents et qu'ils connaissaient les résultats du test⁷⁵.

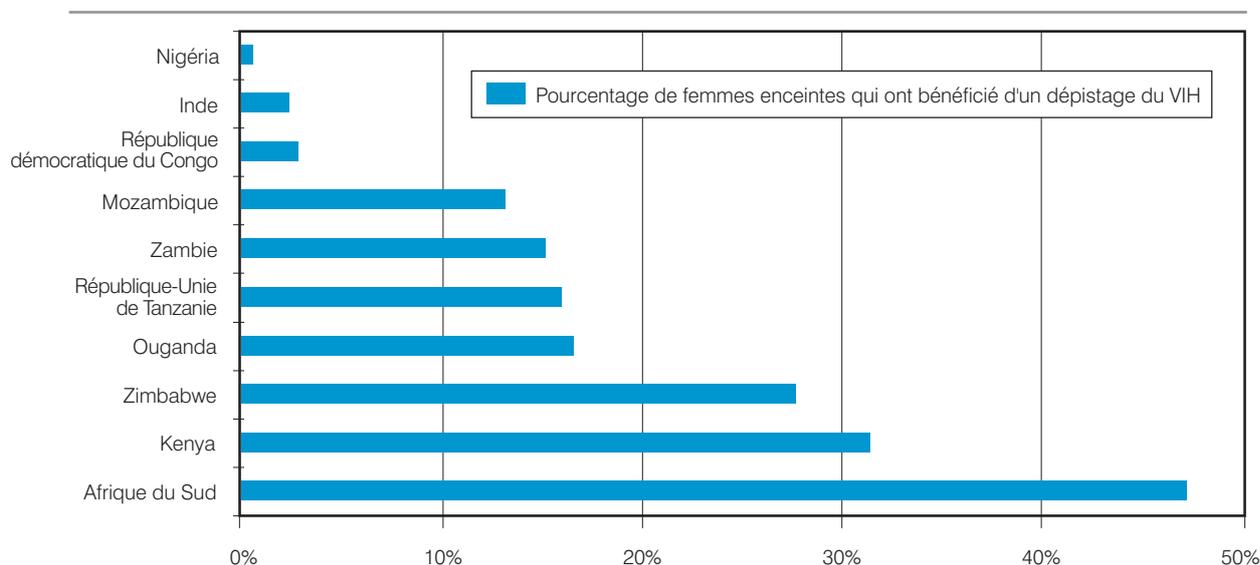
2.3.2 Dépistage et conseil pour les femmes enceintes

Le dépistage du VIH et le conseil sont des activités essentielles pour identifier les femmes qui peuvent bénéficier du traitement, immédiatement ou plus tard, ou d'interventions destinées à prévenir le VIH chez leurs nourrissons. Les points d'accès à ces programmes sont initialement déterminés par la proportion de femmes enceintes séropositives identifiées, souvent par un test de dépistage du VIH dans une consultation prénatale.

Dans plus de 70 pays à revenu faible ou intermédiaire inclus dans l'enquête qui ont publié des données pour 2005, 10% des femmes enceintes avaient été testées pour le VIH. En Afrique subsaharienne, ce pourcentage est de 9%, alors que la couverture est plus élevée en Amérique latine et dans les Caraïbes (46%) et en Europe orientale et Asie centrale (75%). Le taux élevé de couverture en Europe orientale est largement influencé par la forte proportion de femmes qui fréquentent les consultations prénatales et qui ont été dépistées pour le VIH dans la Fédération de Russie (environ 90%). La couverture du dépistage des femmes enceintes est faible dans la plupart des dix pays qui comptent le plus grand nombre de femmes enceintes infectées par le VIH⁷⁶ (figure 15).

Dans les sept pays qui affichent la plus forte couverture de prophylaxie antirétrovirale pour la PTME, les pourcentages de femmes enceintes bénéficiant d'un dépistage du VIH sont aussi relativement élevés. C'est par le dépistage que les femmes enceintes qui peuvent bénéficier d'interventions de PTME sont identifiées et orientées vers les services adéquats (figure 12).

Figure 15. Pourcentage de femmes enceintes qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH dans les dix pays comptant le nombre le plus élevé de femmes enceintes infectées par le VIH, 2005



Source: OMS et UNICEF au nom du Groupe spécial interagences sur la prévention de la transmission mère-enfant, «A report card on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and paediatric HIV care», 2006 (à paraître).

⁷⁴ Country Report on the Follow Up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS), Republic of Indonesia, 2004-2005, consulté le 29 janvier 2007 à l'adresse : http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_indonesia_en.pdf.

⁷⁵ National Report on the Follow Up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS), Ukraine, 2003-2005, consulté le 29 janvier 2007 à l'adresse : http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_ukraine_en.pdf.

⁷⁶ UNICEF and WHO on behalf of the expanded Interagency Task Team on PMTCT. A report card on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and paediatric HIV care, 2006. (in press).

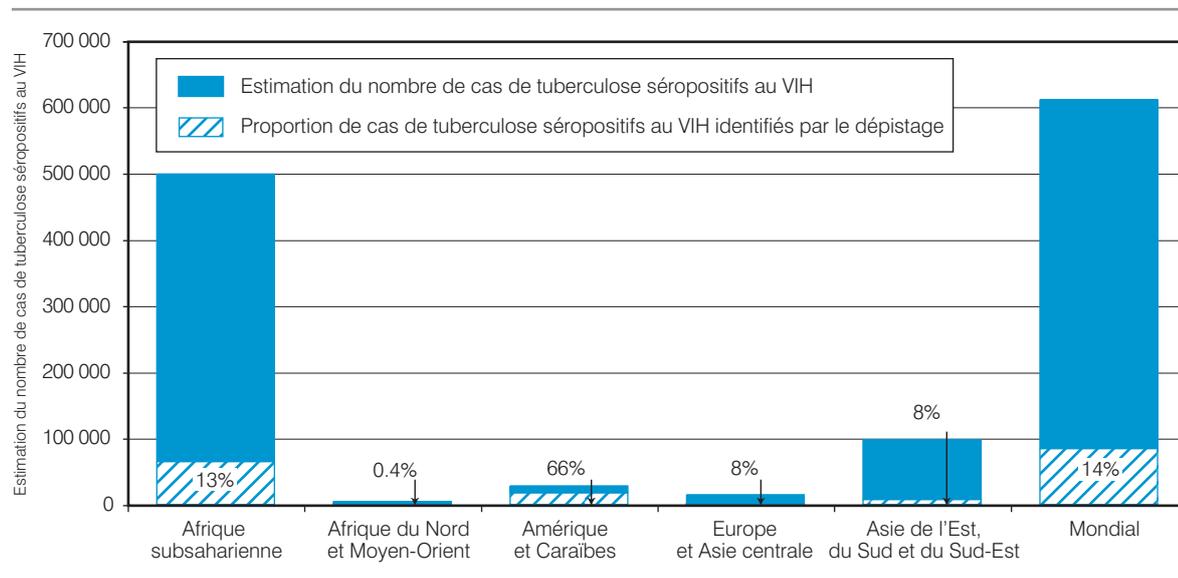
2.3.3 Dépistage du VIH et conseil pour les patients atteints de tuberculose⁷⁷

Les malades de la tuberculose dans les lieux à forte prévalence de cette maladie présentent des taux élevés de co-infection par le VIH. S'assurer que ces patients bénéficient d'un dépistage du VIH et reçoivent des conseils doit donc être une priorité pour le secteur de la santé.

Certaines données indiquent un triplement aussi bien du nombre de personnes atteintes de la tuberculose ayant bénéficié d'un dépistage du VIH que du nombre de cas de co-infections VIH/tuberculose depuis 2003. Néanmoins, la couverture totale des services de dépistage du VIH et de conseil des malades de la tuberculose est encore très faible dans le monde et, puisque ces patients sont déjà dans le système des soins de santé, cela constitue une occasion manquée de prévention, de traitement et de soins du VIH.

En 2005, 7% seulement des patients atteints de tuberculose ont été testés pour le VIH dans le monde et 23% de ceux qui se sont prêtés au dépistage étaient séropositifs. Dans les pays connaissant une épidémie généralisée d'infection au VIH, seulement 13% des malades de la tuberculose avaient bénéficié d'un dépistage du VIH, dont un sur deux (48%) étaient séropositifs. Par conséquent, en ne proposant pas le test du VIH à toutes les personnes atteintes de tuberculose dans les pays à épidémie généralisée d'infection à VIH, on perd une occasion d'informer près d'un demi million (460 000) de patients tuberculeux séropositifs de leur statut sérologique et de garantir leur accès à un traitement complet de l'infection au VIH, aux soins et au soutien. Dans le monde, 86% du nombre estimé de patients tuberculeux séropositifs ne sont pas testés pour le VIH pendant leur traitement (figure 16).

Figure 16. Proportion du nombre total de cas de tuberculose séropositifs au VIH identifiés par le dépistage du VIH en 2005



Certains pays africains ont récemment enregistré une expansion rapide du dépistage du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose grâce à des services de dépistage et de conseil à l'initiative des prestataires. C'est ainsi qu'au Rwanda, en 2004, 46% des personnes atteintes de tuberculose ont bénéficié d'un dépistage du VIH et, fin 2006, ce chiffre était passé à 81%. Au Kenya, en 2005, 32% des patients tuberculeux se sont prêtés à un dépistage du VIH et ce pourcentage était de 64% en 2006. Au Malawi, en 2005, près de 48% des personnes atteintes de tuberculose ont bénéficié d'un dépistage du VIH, dont 69% se sont révélés séropositifs.

La couverture du dépistage varie entre les régions. Seulement 10% des personnes atteintes de la tuberculose ont bénéficié d'un dépistage du VIH en Afrique subsaharienne, qui représente 80% de la charge mondiale de tuberculose et de VIH, alors

⁷⁷ WHO, Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing, World Health Organization, Geneva, 2007 (WHO/HTM/TB/2007.376).

que 26% des malades tuberculeux se soumettaient au dépistage du VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes et 38% en Europe et en Asie centrale. Parmi les personnes s'étant prêtées à un dépistage du VIH dans les programmes de lutte antituberculeuse, en Afrique subsaharienne, près de 51% étaient porteurs du VIH, alors que ce chiffre est de 17% en Amérique latine et dans les Caraïbes et de 19% en Asie. Le conseil et le dépistage à l'initiative des prestataires constituent une stratégie utile pour élargir l'accès au traitement et aux soins du VIH/SIDA pour les personnes atteintes de tuberculose.

2.4 Interventions pour les consommateurs de drogues injectables

On estime que jusqu'à 10% des nouvelles infections à VIH dans le monde pourraient être dues à l'injection de drogues (30% si l'on exclut l'Afrique), et que près de 3 millions de consommateurs présents ou passés de drogues injectables vivent avec le VIH/SIDA⁷⁸. L'injection de drogues est un mode majeur de transmission du VIH dans plusieurs régions du monde et elle commence à poser problème en Afrique. De plus, parmi les populations les plus exposées aux risques liés au VIH, les données disponibles les plus précises concernent ce groupe. Le présent rapport se concentre donc sur la couverture des interventions de réduction des risques et sur l'accès des consommateurs de drogues injectables à ces services. Les prochains rapports aborderont l'accès aux services d'autres populations à risque, comme les professionnel(le)s du sexe, les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes et les populations carcérales.

Mesurer l'accès des populations les plus exposées aux services liés au VIH est une tâche délicate car elle exige d'évaluer combien de personnes sont vulnérables à l'infection à VIH. Bien que le débat se poursuive sur la qualité des services pour les consommateurs de drogues injectables et sur la manière dont la couverture est mesurée⁷⁹, la méthodologie utilisée pour fixer des objectifs quantifiés pour la couverture de la population s'améliore progressivement^{80,81,82}.

Les estimations pour 94 pays à revenu faible ou intermédiaire indiquent que la proportion de consommateurs de drogues injectables bénéficiant de service de prévention est passée de 4,3% en 2003 à 8% en 2005⁸³. Concrètement, cela signifie que dans ces pays, le nombre de consommateurs de drogues injectables qui bénéficient d'information sur la réduction des risques, d'éducation et de communication a triplé entre 2003 (320 000) et 2005 (1 100 000). Le nombre de ceux qui ont accès à des équipements stériles d'injection ou à des programmes de décontamination des équipements a aussi augmenté, de 150 000 en 2003 à 400 000 en 2005, tandis que le nombre de personnes ayant accès à un traitement de substitution aux opiacés est passé de 20 000 en 2003 à 33 000 en 2005.

Malgré ces tendances, la couverture est encore très faible si on la compare avec le nombre de consommateurs de drogues injectables, estimé dans le monde à environ 13,2 millions en 2003⁸⁴.

Encadré 9. La consommation de drogues injectables augmente en Afrique

Les données sur la prévalence de la consommation de drogues injectables en Afrique sont limitées, en partie du fait de la médiocrité des systèmes de collecte de l'information. Les renseignements sont tirés seulement de quelques enquêtes transversales. Néanmoins, une étude récente réalisée dans six pays africains⁸⁵ semble montrer que l'injection de drogues augmente en Afrique subsaharienne. La propagation du VIH à Maurice est stimulée par la consommation de drogues injectables, avec des taux élevés de relations sexuelles non protégées et de partage des aiguilles chez les usagers de drogue et les professionnel(le)s du sexe en Égypte et au Nigéria. Les

78 ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*, 2006, op. cit.

79 Sharma M. et al., *Coverage of HIV prevention programmes for injection drug users: confusions, aspirations, definitions and ways forward*, *International Journal of Drug Policy* (sous presse).

80 UNAIDS/WHO, *Estimating the size of populations at risk for HIV. Issues and Methods*, UNAIDS/WHO Working Group on global HIV/AIDS and STI surveillance, 2003.

81 UNAIDS, *Guide to monitoring and evaluating national HIV prevention programmes for most-at-risk populations in low-level and concentrated epidemic settings with applications for generalized epidemics*, *United Nations Joint Programme on HIV/AIDS*, Geneva, 2006.

82 WHO/UNAIDS/UNODC, *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (IDUs)*, (à paraître).

83 Stover J. and Fahnestock M., *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2005*, Washington, 2006, Constella Futures Policy Project, <http://www.futuresgroup.com/Documents/3482HIVCoverage2005.pdf>.

84 Aceijas C. et al., *Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users*, *AIDS*, 2004, 18:2295-2303.

85 Dewing S. et al., *Review of injection drug use in six African countries: Egypt, Kenya, Mauritius, Nigeria, South Africa and Tanzania*, *Drugs: education, prevention and policy*, 2006, 13(2):121-137.

consommateurs de drogues injectables connaissent mal le risque de transmission du VIH. Au Nigéria, le taux d'infection à VIH est plus élevé chez les usagers de drogues injectables que dans la population générale.

La demande de traitement de la dépendance à l'héroïne est à la hausse en Afrique du Sud, et le partage des aiguilles semble être une pratique fréquente chez les consommateurs de drogues injectables au Cap. En République-Unie de Tanzanie, des zones d'injection communautaires sont utilisées, et la pratique appelée « *flashblood* » (connue aussi sous le nom de « charge sanguine directe ») est une nouvelle méthode de partage des aiguilles chez les professionnelles du sexe à Dar-es-Salaam. Dans une récente étude à Zanzibar⁸⁶, 46% et 9,1% des consommateurs de drogues injectables respectivement déclaraient avoir partagé des aiguilles et du sang (*flashblood*). Pourtant, les campagnes de prévention ont mis longtemps à aborder ces questions. C'est ainsi qu'en Afrique du Sud, les campagnes de prévention et d'information sur le VIH/SIDA n'ont traditionnellement pas ciblé les Blancs, même si l'injection de drogues est surtout prévalente dans ce groupe de population. Il est donc urgent d'inclure des mesures de réduction des risques dans les campagnes nationales d'éducation en matière de VIH en Afrique.

Tous les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale ont indiqué, que fin 2005, ils mettaient en oeuvre au moins un programme consacré à l'échange des aiguilles et seringues⁸⁷. Néanmoins, la couverture est insuffisante en nombre de sites et nombre de consommateurs bénéficiant de programmes. Une enquête menée en 2001-2002 a révélé que 213 sites assuraient l'échange de seringues et d'aiguilles dans 25 pays de la région. Le nombre total de consommateurs de drogues injectables desservis chaque année par ces programmes était de l'ordre de 250 000. Seules la Bulgarie, l'Estonie, l'ex-République yougoslave de Macédoine, la Géorgie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Slovaquie et la Slovénie atteignaient plus de 10% des consommateurs de drogues injectables avec ces programmes. D'autres données indiquent que la Croatie assure elle aussi une couverture supérieure à 10%. Ailleurs, la couverture est souvent inférieure à 5%, en particulier dans des pays qui pourraient le plus bénéficier de cette intervention, par exemple la Fédération de Russie⁸⁸.

En 2005, le traitement de substitution était légal dans 16 pays d'Europe orientale et d'Asie centrale⁸⁹. Des données sur le nombre de patients qui suivaient ce traitement étaient disponibles dans 14 pays où la couverture était comprise entre 0,9% et 1,1% des consommateurs de drogues injectables. En Ukraine, où l'on estime le nombre usagers de drogue par injection à 397 000, 165 patients seulement avaient été placés sous traitement de substitution en 2005. Dans la Fédération de Russie, toutes les formes de traitement de substitution aux opiacés demeurent illégales et, à ce jour, aucun patient ne reçoit ce traitement. Les programmes de traitement de substitution par la méthadone ont commencé récemment dans beaucoup de ces pays : le Kirghizistan a été le premier pays d'Asie centrale à en mettre en place en 2002. L'Ukraine a lancé un programme de substitution aux opiacés avec la buprénorphine en 2004, la République de Moldova et la Géorgie avec la méthadone en 2004 et 2005 respectivement. La thérapie de substitution est plus largement disponible en Europe centrale et du Sud-Est, notamment en Croatie, dans l'ex-République yougoslave de Macédoine et en République tchèque, mais même dans ces pays, les taux de couverture sont inférieurs à 15%. La Slovénie, où l'on estime que 49% des consommateurs de drogues injectables (soit 39% des consommateurs de drogues) bénéficient d'un traitement de substitution aux opiacés, est la seule exception notable dans la région⁹⁰.

Dix pays ou territoires en Asie du Sud et du Sud-Est et trois en Asie de l'Est et dans le Pacifique avaient chacun au moins un programme consacré à l'échange d'aiguilles et de seringues en 2005 : Bangladesh, Cambodge, Chine, Inde, Indonésie, République islamique d'Iran, Malaisie, Myanmar, Népal, Pakistan et Viet Nam⁹¹. Le traitement de substitution des opiacés était légal en Chine, en Inde, en Indonésie, en République islamique d'Iran, en Malaisie, au Myanmar, au Népal, à Singapour et en Thaïlande. En Chine, le nombre de centres assurant un traitement d'entretien à la méthadone est passé de 128 à 320 entre 2005 et 2006, et au cours de la même période, il y a eu une augmentation de 130 à 392 du nombre de sites de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues pour les consommateurs de drogues injectables au cours de la même période.

86 Damoha M. et al., *HIV predisposing behaviour among substance users in Zanzibar-Tanzania*, XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006 (abrégé CDD0620).

87 Donoghoe M.C., *Injecting drug use harm reduction and HIV/AIDS*, in Matic S., Lazarus J.V. and Donoghoe M.C., *HIV/AIDS in Europe Moving from Death Sentence to Chronic Disease Management*, WHO/EURO, 2006.

88 Donoghoe M.C., 2006, op. cit.

89 UNODC, *An overview of global responses to HIV associated with injecting drug use*, projet de rapport demandé par l'Office des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime (OCDPC) au nom du Groupe de référence sur la prévention et ses soins du VIH/SIDA parmi les consommateurs de drogues injectables dans les pays en développement et en transition, 2006.

90 Donoghoe M.C., op. cit.

91 OCDPC, op. cit.

Encadré 10. Interventions pour les consommateurs de drogues injectables au Myanmar et en République islamique d'Iran

Alors que le Myanmar était presque totalement dépourvu de services il y a trois ans, 14 centres ambulatoires sont désormais ouverts aux consommateurs de drogues injectables, dont quatre depuis 2005. Ces centres, gérés par des organisations non gouvernementales nationales et internationales et dotés de plus de 100 travailleurs mobiles et 60 éducateurs pour les pairs, ont pris en charge 12 658 usagers de drogue en 2005⁹². Des progrès sensibles ont été accomplis dans la distribution d'aiguilles et de seringues : 1161 929 aiguilles ont été distribuées gratuitement en 2005, plus de deux fois le chiffre l'année précédente (545 000). Le taux déclaré de retour était de 80% des aiguilles distribuées. Des études menées à Lashio (au nord de l'État de Shan) semblent indiquer que les programmes ont déjà eu des conséquences importantes sur le comportement de réduction des risques : de 2003 à 2005, le partage des équipements d'injection a été ramené de 44% à 23%. En 2006, un programme de substitution à la méthadone a été lancé dans quatre régions à forte prévalence d'usage de drogue par injection. Actuellement, plus de 190 patients sont inscrits et suivis dans ce programme.

La République islamique d'Iran représente un bon exemple de l'extension de la prévention, du traitement et des soins du VIH dans les prisons. On dénombre près de 137 000 consommateurs de drogues injectables dans le pays⁹³. Les taux d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables sont élevés : près d'un consommateur de drogues injectables sur quatre ayant participé à une récente étude à Téhéran était séropositif et le principal facteur d'infection était l'utilisation passée d'équipement d'injection non stérilisé en prison⁹⁴. En 2001, le concept des « consultations triangulaires » a été introduit pour assurer des services complets et facilement accessibles de prévention, de soins et de traitement pour les groupes vulnérables, l'accent étant mis sur les consommateurs de drogues injectables. Fin 2006, on dénombrait 55 consultations triangulaires dans les prisons, qui couvraient 33% des prisons offrant ces services, en plus de 34 autres consultations dans des centres de soins post-cure. En janvier 2007, ces consultations dispensaient un traitement d'entretien à la méthadone à 55% des prisonniers qui en avaient besoin, et elles devaient couvrir 80%-99% des besoins dans un an. Les consultations assurent aussi l'échange des aiguilles et des seringues et elles distribuent des rasoirs propres aux prisonniers, et quelques-unes des antirétroviraux. Une information relative à la prévention du VIH pour le personnel carcéral, les prisonniers et leur famille est régulièrement diffusée.

On sait peu de chose de l'échange d'aiguilles et de seringues, et du traitement de substitution des opiacés au Moyen-Orient, en Afrique du Nord ou en Afrique subsaharienne. Il semble qu'en décembre 2005, des traitements de substitution des opiacés étaient proposés en Israël et en Afrique du Sud. En Amérique latine et dans les Caraïbes, des informations font état de l'existence de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues en Argentine, au Brésil, à Porto Rico et en Uruguay, tandis que le Mexique propose un programme d'entretien à la méthadone.

2.5 Contrôle des infections sexuellement transmissibles pour prévenir la transmission du VIH

Les données recueillies ces 20 dernières années mettent en évidence une forte association entre les infections sexuellement transmissibles (IST), en particulier celles qui sont caractérisées par des ulcérations génitales, et un risque accru de transmission sexuelle du VIH⁹⁵. Pour prévenir la morbidité des IST et potentiellement diminuer l'incidence du VIH, de nombreuses méthodes de prévention et de lutte contre les IST ont été appliquées et se sont révélées efficaces. La prévalence de quelques-unes des principales IST (par exemple le chancre mou, la syphilis et la gonorrhée) a diminué dans de nombreuses régions du monde. Simultanément, néanmoins, il semble y avoir eu une augmentation en chiffres absolus de l'incidence de l'infection due au virus de l'Herpes simplex type 2 (HSV2), qui est devenue la première cause d'ulcérations génitales. L'herpès génital a été associé avec un risque d'infection par le VIH multiplié par deux ou trois, de transmission du VIH lors d'un rapport sexuel multiplié par cinq et il pourrait représenter de 40% à 60% des nouvelles infections par le VIH dans les populations à forte prévalence du HSV2.^{96, 97, 98, 99, 100}

92 *Response to HIV and AIDS in Myanmar*, Progress Report 2005, Myanmar Ministry of Health, National AIDS Programme, 2005.

93 Gheiratmand R. et al., Uncertainty on the number of HIV/AIDS patients: our experience in Iran. *Sexually transmitted infections*, 2006, 81:279-282.

94 Zamani S. et al., High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community based injecting drug users in Tehran, Iran, *Journal of AIDS*, 2006, 42(3):342-346.

95 Fleming D.T., Wasserheit J.N., 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.

96 Gray R.H., Wawer M.J., Brookmeyer R., et al., Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda, *The Lancet*, 2001;357:1149-1153.

97 Wald A., Link K., Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus type 2-seropositive persons: a meta-analysis, *Journal of Infectious Diseases*, 2002; 185(1):45-52.

98 Corey L., Wald A., Celum C.L. et al., The effects of herpes simplex virus-2 on HIV-1 acquisition and transmission: a review of two overlapping epidemics, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2004; 35:435-445.

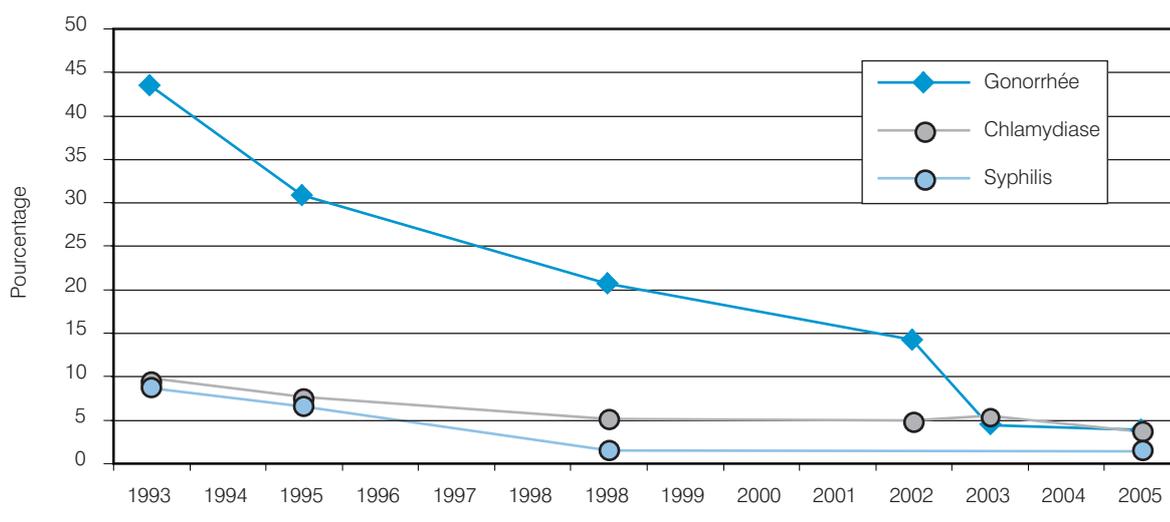
99 Freeman E.E., Weiss H.A., Glynn J.R., Cross P.L., Whitworth J.A., Hayes R.J., Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies, *AIDS*, 2006; 20(1):73-83.

100 Strick L.B., Wald A., Celum C., Management of herpes simplex virus type 2 infection in HIV type 1-infected persons, *Clinical Infectious Diseases*, 2006;3:347-356.

Malgré l'influence reconnue des IST sur la transmission VIH, une incertitude demeurait quant à la capacité du contrôle des IST de faire diminuer l'incidence du VIH. En juillet 2006, une réunion d'experts à Genève a souligné les conditions dans lesquelles un traitement des IST et d'autres interventions de lutte contre les IST ont un impact sur la transmission du VIH aux niveaux individuel et de la population, ainsi que les conséquences sur les programmes de lutte contre les IST et le VIH au niveau national¹⁰¹.

L'expérience dans différents environnements a montré les répercussions que des services renforcés du contrôle des IST peuvent avoir sur les taux d'IST, en particulier parmi les populations présentant un risque accru de contracter ces infections, VIH compris. Au Botswana, par exemple, les prévalences de la gonorrhée, la syphilis et la chlamydiae chez les personnes clientes des consultations de planification familiale en 1993, avant l'introduction d'interventions intensifiées de traitement des IST, étaient de 6,9%, 18,0% et 19,6% respectivement¹⁰². En 2002, après un renforcement des interventions nationales de traitement des IST, mais peut-être aussi en raison d'autres facteurs, les prévalences avaient été ramenées à 2,6%, 1,5% et 12,3%. À Cotonou (Bénin), avant les interventions de contrôle des IST en 1993, les prévalences du VIH, de la gonorrhée, de la syphilis et de la chlamydiae chez les professionnel(le)s du sexe étaient de 53%, 43%, 9% et 8% respectivement. En 2005, après la mise en œuvre d'interventions suivies de lutte contre les IST, la prévalence du VIH était de 33%, celle de la syphilis était inférieure à 1%, et celles de la gonorrhée et de la chlamydiae étaient de 2,8% et 3,4% respectivement (figure 17)¹⁰³.

Figure 17. Tendances de la prévalence de la gonorrhée, la chlamydiae et la syphilis chez les professionnelles du sexe à Cotonou, Bénin, 1993-2005



Source: Labbé AC, et al. Op cit.

Dans la République démocratique populaire lao, où les services à l'intention des professionnel(le)s du sexe étaient médiocres ou inexistant, les prévalences de la gonorrhée, la chlamydiae ou les deux étaient de 42,7% à Oudomxai, 39,9% à Khammouane et 22,7% à Savannakhet. Après trois mois d'interventions intensives, les prévalences avaient été ramenées à 12,3%, 21,9% et 17,0% respectivement¹⁰⁴.

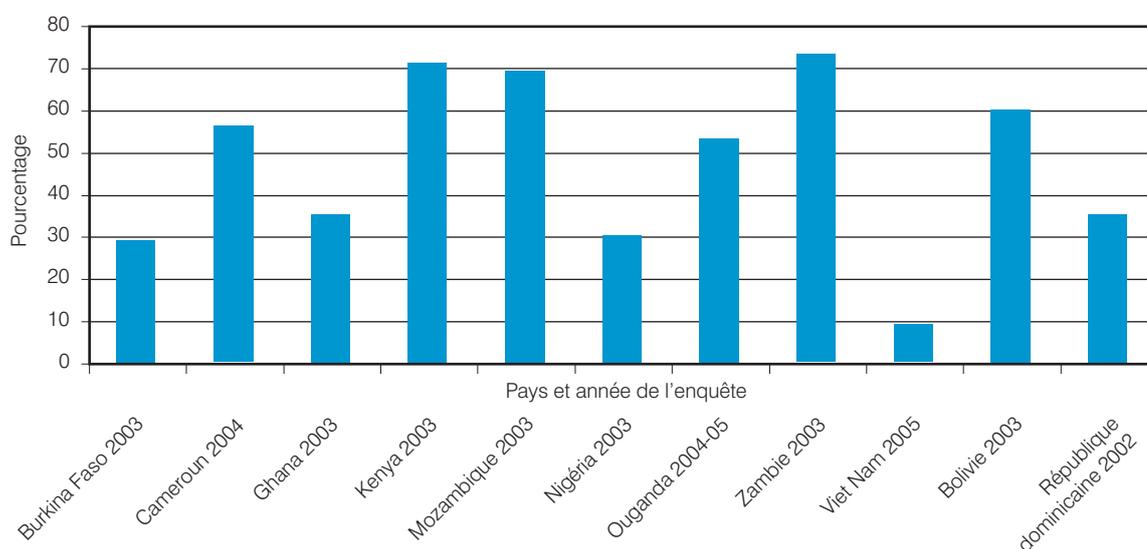
¹⁰¹ WHO/UNAIDS, Consultation on STI interventions for preventing HIV: appraisal of the evidence, World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, 2007.

¹⁰² Paz-Bailey G., Rahman M., Chen C. et al., Changes in STD etiology in Botswana, 1993-2002: implications for management of genital ulcer disease, *Clinical Infectious Diseases*, 2005; 41:1304-1312.

¹⁰³ Labbé A.C. et al., *A randomized placebo-controlled trial of routine monthly antibiotics against gonococcal and chlamydial infections among female sex workers in Ghana and Benin: intention-to-treat analysis*, Fifteen Biennial Congress of the ISSTD, Ottawa, 27-30 July 2003. (Les données dans cet article ont été mises à jour pour le présent rapport)

¹⁰⁴ O'Farrell N., Oula R., Morison L., Van C.T., Periodic presumptive treatment for cervical infections in service women in three border provinces of Laos. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(9) :558-564.

Figure 18. Pourcentage d'hommes ayant présenté des symptômes d'IST dans les 12 mois précédents et qui se sont adressés à un prestataire de services disposant de personnel formé aux soins des IST, 2002-2005



Source: Demographic and Health Surveys (DHS), MEASURE DHS

L'herpès génital peut également être traité. Le Guide de l'OMS pour la prise en charge des IST décrit les conditions dans lesquelles le traitement devrait être disponible¹⁰⁵, et une consultation de l'OMS en 2006 a recommandé que les personnes séropositives pour le VIH soient particulièrement ciblées par les activités éducatives afin de leur permettre de détecter cette infection souvent asymptomatique et, si nécessaire, d'avoir accès aux soins et à un traitement suppressif¹⁰⁶. Des travaux récemment publiés montrent que le traitement de l'infection à HSV2 chez les individus contaminés par le VIH diminue également l'ARN viral dans le plasma à un niveau susceptible d'avoir un effet bénéfique notable sur le cours de l'infection à VIH¹⁰⁷.

Le problème de l'herpès génital montre combien il est difficile d'accroître la proportion de personnes qui savent reconnaître une IST et s'adressent aux services de soins. Il est probable que la majorité des hommes et des femmes souffrant de presque n'importe quelle IST seront asymptomatiques¹⁰⁸. De plus, même si les symptômes existent, les enquêtes démographiques et sanitaires indiquent que la proportion d'hommes avec une suspicion d'IST qui ont demandé l'aide de personnel qualifié allait selon les pays de 10% à 70% avec une médiane d'environ 50% (figure 18). Ainsi donc, seul un petit pourcentage d'hommes porteurs d'une IST ont eu accès à des services professionnels. Les femmes, plus souvent asymptomatiques que les hommes, manquent elles aussi de connaissances sur les symptômes des IST. Dans les pays où se sont déroulées les enquêtes, moins de la moitié des femmes ayant été mariées pouvaient citer ne serait-ce qu'un symptôme d'une IST chez l'homme ou la femme¹⁰⁹. La proportion de femmes soignées pour une IST est donc probablement encore plus faible que la proportion d'hommes.

Les services de prévention et de soins des IST contribuent à la réalisation de l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement du VIH car ils encouragent l'usage constant et correct du préservatif, des changements de comportement, l'autonomisation des populations vulnérables et la prise en charge des IST elles-mêmes. Outre le renforcement des

¹⁰⁵ OMS, Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2003.

¹⁰⁶ WHO, Guidelines on essential prevention interventions for adults and adolescents living with HIV infections in resource-limited settings, World Health Organization, (rapport d'une réunion organisée à Montreux, Suisse), 2006.

¹⁰⁷ Nagot N., Quedraogo A., Foulongne V. et al., Reduction of HIV-1 RNA levels with therapy to suppress herpes simplex virus, New England Journal of Medicine, 2007 :336:790-799.

¹⁰⁸ Glasier A., Gulmezoglu A.M., Schmid G.P., Garcia Moreno C., Van Look P.F.A., Sexual and reproductive health: A matter of life and death, The Lancet, 2006;368:1-12

¹⁰⁹ Vadnais D., Kols A., Abderrahim N., Women's lives and experiences: changes in the past ten years, Calverton, Maryland: ORC Macro, 2006.

services de lutte contre les IST, il est nécessaire d'améliorer le dépistage et l'information sur les symptômes. Des données fiables sur la prévalence des IST et la prévalence du VIH, avec des informations sur les comportements qui peuvent expliquer les tendances dans ces deux domaines, c'est-à-dire une surveillance du VIH de deuxième génération, seront requises pour stimuler la lutte contre les IST et les activités de prévention du VIH dans les différents environnements.

2.6 Surveillance de l'épidémie de VIH/SIDA

La surveillance du VIH est la pierre angulaire des estimations nationales, régionales et mondiales de la prévalence du virus. Les données fournies par les systèmes de surveillance sont essentielles pour les activités de plaidoyer et les décisions politiques, notamment le ciblage des interventions de prévention et une évaluation réaliste des besoins en soins et traitement. Les méthodes de surveillance du VIH/SIDA ont beaucoup évolué depuis 1981, quand les premiers cas de SIDA ont été signalés. En 2000, l'ONUSIDA et l'OMS ont publié des directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH afin d'améliorer la surveillance du VIH. La stratégie préconise d'adapter les systèmes d'information aux caractéristiques de l'épidémie dans un pays donné et de relier différentes sources d'information, notamment les données sur les comportements sexuels et la prévalence du VIH. La plupart des pays ont adopté cette approche, avec des tendances et une qualité inégales selon les périodes et les lieux.

Une évaluation de la fréquence et de la ponctualité du recueil de données, de l'adéquation des systèmes utilisés et des sites dans 132 pays à revenu faible ou intermédiaire¹¹⁰ a renseigné utilement sur la qualité des systèmes de surveillance du VIH. Dans le monde, 44 pays ont pleinement mis en œuvre des systèmes de surveillance ; 42 l'ont fait en partie et 46 pays avaient des systèmes fonctionnant mal par comparaison avec les recommandations du Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST. Cela représente une légère progression dans la qualité des systèmes de surveillance au cours des dernières années.

Les craintes quant à la représentativité des sites de surveillance et l'exactitude des estimations nationales du VIH suscitées par la surveillance des consultations prénatales ont conduit à une demande d'enquêtes en population qui recueillent des données sur la prévalence et la répartition du VIH dans l'ensemble de la population. De nouvelles technologies de dépistage, comme les tests rapides et les prélèvements de sang séché sur sérobande, ont également incité les pays à inclure le dépistage du VIH dans les enquêtes nationales sur la population¹¹¹. Ces cinq dernières années, plus de 20 enquêtes démographiques nationales ont été réalisées, la plupart en Afrique subsaharienne. Des résultats complémentaires sont attendus pour au moins dix autres enquêtes nationales en 2007.

Les enquêtes démographiques à grande échelle et la surveillance sentinelle ont chacune leurs faiblesses. Ainsi, les enquêtes démographiques peuvent donner des informations utiles sur les niveaux de prévalence du VIH et la répartition, mais parce que ces enquêtes sont normalement réalisées seulement tous les cinq ans, elles ne peuvent pas prédire les tendances de la même manière que la surveillance sentinelle. Les enquêtes démographiques nationales sont particulièrement utiles dans les épidémies généralisées. Elles ont tendance à sous-estimer la prévalence du VIH dans les pays ou les régions où la plupart des cas de transmission du VIH concernent des groupes avec des comportements à haut risque, qui ne seront probablement pas pris en compte par l'approche d'échantillonnage basé sur les ménages qu'utilisent les enquêtes en population¹¹². La combinaison de différentes sources de données produira des estimations plus précises de la prévalence du VIH, et cette approche est utilisée par l'OMS et l'ONUSIDA pour mettre régulièrement à jour les estimations nationales.

D'autres perfectionnements dans le recueil, l'analyse et la publication des données peuvent encore améliorer l'évaluation de la situation et des tendances de l'épidémie de SIDA dans les pays et les régions.

110 Garcia-Calleja J.M., Zaniewski E., Ghys P.D., Stanecki K., and Walker N. A., Global analysis of trends in the quality of HIV sero-surveillance, *Sexually Transmissible Infections*, 2004 80: i25-i30. Les données dans cet article ont été mises à jour en 2006 pour le présent rapport.

111 Garcia Calleja J.M., Gouws E. and Ghys P.D., National population-based HIV prevalence surveys in sub-Saharan Africa: results and implications for HIV and AIDS estimates, *Sexually Transmissible Infections*, 2006, 82, 64-70

112 Garcia-Calleja J.M., Gouws E. and Ghys P.D., op. cit.

2.7 Progrès dans la définition d'objectifs quantifiés pour l'accès universel

Dans la déclaration politique sur le VIH/SIDA, adoptée par l'Assemblée générale au terme de la réunion de haut niveau de juin 2006, les pays se sont engagés à fixer des objectifs quantifiés «ambitieux» pour l'accès universel, tout en reconnaissant que les objectifs nationaux devaient refléter les réalités locales. Aider les pays à réaliser cet engagement a été l'une des priorités des activités internationales coordonnées par l'ONUSIDA ces six derniers mois, avec notamment la définition et la diffusion de directives opérationnelles¹¹³.

Fin 2006, 90 pays avaient fourni des données sur leurs objectifs quantifiés pour les indicateurs de résultats proposés dans les directives de l'ONUSIDA. Dans ce groupe, 81 pays avaient défini des objectifs pour le traitement et 84 des objectifs pour au moins une intervention de prévention. Beaucoup de pays souhaitent doubler ou tripler la couverture du traitement d'ici à 2010, par rapport aux chiffres de référence de 2005. Des fiches récapitulatives sont disponibles pour les objectifs nationaux qui ont été fixés jusqu'à présent¹¹⁴. Des engagements régionaux ont également été pris ces dernières années assortis, dans certains cas, d'objectifs régionaux¹¹⁵.

Bien que les pays aient déclaré qu'ils fixeraient des objectifs avant la fin de 2006, beaucoup de ces objectifs attendent encore l'approbation officielle des autorités nationales, alors que d'autres pays à faible prévalence viennent de commencer à les définir. De plus, ce processus devant être aligné et intégré avec les cycles de planification nationale, de nombreux pays continueront à y travailler tout au long de 2007, période pendant laquelle l'ONUSIDA, l'OMS et d'autres partenaires internationaux prêteront un appui constant aux pays pour les aider à :

- compléter leur processus de définition des objectifs, notamment la recherche d'un consensus pour l'action conjointe ;
- actualiser les plans nationaux conformément aux objectifs de l'accès universel ;
- soutenir la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des programmes ;
- développer un système national unique de suivi et d'évaluation, afin de mesurer les progrès vers l'accès universel.

L'ONUSIDA publiera un rapport actualisé sur le processus de définition des objectifs à la mi-2007,

113 UNAIDS, *Setting National Targets for Moving Towards Universal Access*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, October 2006.

114 Voir : www.unaids.org/universallaccess.

115 Par exemple, l'Appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme en Afrique lancé au cours du Sommet extraordinaire de l'Union africaine, tenu à Abuja (Nigéria) du 2 au 4 mai 2006; l'Engagement de Brazzaville pour l'intensification à une plus grande échelle des interventions visant à réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA en Afrique, Union africaine, Brazzaville (Congo), 8 mars 2006; la Déclaration de Dublin sur le partenariat pour lutter contre le VIH/SIDA en Europe et en Asie centrale, Conférence des Ministres européens de la santé, Dublin (Irlande), 23-24 février 2004; la Déclaration de Vilnius sur les mesures à prendre pour renforcer les ripostes au VIH/SIDA dans l'Union européenne et les pays voisins, Vilnius, 17 septembre 2004; et la Déclaration de Nuevo León, Sommet extraordinaire des Amériques, Mexique, janvier 2004.

3. PRINCIPAUX ENJEUX

- ***L'accès au traitement continue de s'étendre, mais il faut surmonter d'importants obstacles sur la voie de l'accès universel***

Un accès universel d'ici à 2010 exigera d'augmenter nettement le nombre de personnes qui commencent un traitement chaque année. Ces deux dernières années, le nombre de patients sous traitement antirétroviral s'est fortement accru dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Néanmoins, le taux annuel d'accroissement demeure relativement stable, avec environ 650 000 à 700 000 personnes qui commencent le traitement chaque année. Si ce rythme se confirme, moins de 5 millions de personnes seraient traitées en 2010, alors que l'accès universel exigerait qu'au moins 9,8 millions de personnes suivent un traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire à cette date¹¹⁶. On peut s'attendre à une nouvelle accélération ces prochaines années puisque quelques pays qui représentent une forte proportion des besoins en traitement (par exemple l'Afrique du Sud, l'Inde et le Nigéria) n'ont commencé à élargir leurs programmes qu'à une date relativement récente. Toutefois, certains pays qui ont lancé l'extension de leurs programmes de traitement depuis plus longtemps ont commencé par traiter les patients les plus faciles à atteindre, par exemple les populations des grandes zones urbaines, et dans ces pays, un ralentissement des progrès est possible, en l'absence d'activités concertées pour atteindre les populations semi-urbaines et rurales, où la majorité des personnes infectées par le VIH/SIDA vivent en Afrique et dans les grands pays d'Asie.

Une priorité accrue doit être donnée à la promotion, au suivi et à l'évaluation de l'équité dans l'accès aux services. Si l'on constate des variations considérables entre les pays, l'accès au traitement pour les hommes et les femmes semble relativement équitable. L'accès pour les hommes et les femmes doit néanmoins continuer à être suivi et des études spéciales seront nécessaires pour mieux comprendre les modes d'utilisation des services, les facteurs qui font obstacle à l'accès des hommes et des femmes ou le facilitent, et les différences potentielles dans les résultats cliniques.

On dispose de données limitées sur l'accès au traitement des populations les plus exposées, tout particulièrement les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, mais il semble que, dans de nombreux pays, les consommateurs de drogues injectables continuent d'être nettement sous-desservis par les programmes de traitement. Même si certains pays ont fait des progrès dans ce sens, il est nécessaire de mieux intégrer les services de traitement et de soins du VIH dans les programmes de traitement des toxicodépendances, et d'étendre encore les interventions de réduction des risques.

Les progrès dans la prévention, le diagnostic et le traitement de l'infection à VIH chez l'enfant demeurent insuffisants. Le nombre d'enfants ayant accès au traitement s'est accru sensiblement l'année dernière, notamment en Afrique, mais il est parti d'une base très modeste, alors que la couverture globale demeure insuffisante dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire. Les activités d'élargissement de l'accès des enfants au traitement se sont heurtées à des difficultés considérables, notamment pour le diagnostic du VIH chez le nourrisson et du fait du coût et de la gamme limitée des médicaments pédiatriques.

En août 2006, l'OMS a publié de nouvelles directives pour les soins et le traitement des enfants infectés par le VIH et pour la prophylaxie au cotrimoxazole chez les enfants exposés au VIH et infectés, qui aideront à uniformiser les soins dans les programmes nationaux^{117,118}. Ces directives donnent aussi les posologies les plus adaptées aux nourrissons pour les produits existants, tandis qu'un groupe d'experts continue de travailler sur la définition d'une gamme idéale d'antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier des produits avantageux pour les enfants (par exemple des formules à doses fixes).

L'engagement politique en faveur des enfants vivant avec le VIH augmente et des ressources sont allouées au financement des achats d'antirétroviraux pédiatriques, par exemple par le biais de l'initiative UNITAID¹¹⁹. Le prix de ces médicaments a nettement diminué l'année dernière, grâce aux efforts de la Fondation William J. Clinton. De nouvelles approches pour contourner les obstacles techniques font aussi l'objet d'études plus approfondies, par exemple le dépistage systématique des enfants malades, l'utilisation accrue des prélèvements de sang séché sur sérobuvar pour le diagnostic chez le nourrisson et le développement de formulations pédiatriques à doses fixes. Ces activités prometteuses doivent être accélérées pour obtenir de véritables avancées dans la prévention, le diagnostic et le traitement de l'infection à VIH chez l'enfant.

¹¹⁶ Ce chiffre correspond à 80% des personnes avec les besoins les plus urgents, d'après une évaluation de l'ONUSIDA. Voir : UNAIDS, Resource needs for an expanded response to AIDS in low- and middle-income countries, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, 2005.

¹¹⁷ WHO, *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access: Recommendations for a public health approach*, World Health Organization, Geneva, 2006.

¹¹⁸ WHO, *Guidelines on co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among children, adolescents and adults: Recommendations for a public health approach*, World Health Organization, Geneva, 2006.

¹¹⁹ UNITAID est un mécanisme novateur de financement des achats de médicaments soutenu par 23 pays qui prennent des mesures pour introduire une taxe sur les billets d'avion ou un mécanisme similaire : Bénin, Brésil, Cambodge, Cameroun, Chili, Chypre, Congo, Côte d'Ivoire, Espagne, France, Gabon, Guinée, Jordanie, Luxembourg, Madagascar, Mali, Maurice, Mauritanie, Nicaragua, Niger, Norvège, République de Corée et Royaume-Uni. Voir : www.unitaid.eu

Il est urgent de disposer de nouvelles approches de la délivrance des services qui aideront à renforcer les systèmes de santé. Des efforts continus doivent être menés pour surmonter les obstacles dans les systèmes de santé afin d'accélérer le taux d'extension des services de traitement, de prévention, de soins et de soutien dans le monde. Ces obstacles comprennent un manque d'infrastructure physique et de graves limitations dans les capacités et les ressources humaines à tous les niveaux, depuis les autorités nationales jusqu'au personnel sanitaire qualifié au niveau du district et dans les centres de soins de santé primaires. Les pays qui cherchent à étendre les services liés au VIH/SIDA en vue d'un accès universel trouveront avantage à adopter un modèle de prestations qui encourage une approche de santé publique dans la délivrance des services de santé concernant le VIH/SIDA^{120,121,122}. L'approche de santé publique que soutient l'OMS se fonde sur les expériences réussies de plusieurs pays en matière d'extension des services liés au VIH/SIDA et sur des principes de simplification, de standardisation, de décentralisation, d'équité et de participation des patients et des communautés.

Le projet de l'OMS de prise en charge intégrée de la maladie chez l'adolescent et l'adulte (PCIMAA), qui encourage une approche de santé publique de passage à l'échelle supérieure grâce à une série de modules de formation pour les agents de santé et les administrateurs, est maintenant mis en œuvre dans 21 pays, dont 13 en Afrique subsaharienne. Un certain nombre de pays décentralisent rapidement l'application de la PCIMAA au niveau des centres de santé ; c'est ainsi que l'Éthiopie a formé 92 équipes cliniques en 2006. D'autres activités, par exemple le projet « *Treat, Train, Retain* » (Soigner, former, fidéliser) auquel collaborent l'OMS, l'Organisation internationale du Travail (OIT), le Gouvernement des États-Unis d'Amérique et d'autres partenaires, se concentrent sur des enjeux politiques liés au personnel sanitaire pour le VIH/SIDA, alors que la nouvelle initiative pour créer des centres de soins pour les travailleurs de la santé dans plusieurs pays d'Afrique souhaite assurer directement des services de traitement, de prévention et de soins aux agents de santé vivant avec le VIH/SIDA ou touchés par le virus et à leurs familles.

Les services de traitement et de prévention doivent être renforcés en parallèle. Même si le déficit en traitement a diminué ces dernières années, la plupart des 39,5 millions (34,1-47,1 millions) de personnes qui vivent avec le VIH/SIDA auront un jour besoin d'un traitement, et il est peu probable que le taux actuel d'extension dans le monde soit capable de suivre le rythme des besoins sans cesse croissants. Il est évident que les activités de prévention doivent aussi s'intensifier sensiblement pour que les programmes de traitement soient viables à long terme.

Les inquiétudes concernant la viabilité financière à long terme entravent les progrès. Ces craintes continuent de limiter la portée et le taux de l'extension dans de nombreux pays, en particulier celles qui se rapportent aux ressources qui seront allouées à long terme par les principaux bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux. Si les pays sont de plus en plus convaincus qu'il convient d'éliminer la participation financière des patients au traitement au point de délivrance des services, les préoccupations quant à la pérennité font que cette contribution des usagers demeure un obstacle au traitement et à son observance dans beaucoup de pays.

Le prix des schémas thérapeutiques de première intention a enregistré une réduction encourageante dans les pays à revenu intermédiaire. Néanmoins, à mesure que l'extension progressera et que les schémas thérapeutiques de première intention commenceront à ne plus avoir d'effet chez certains patients, la demande de schémas de deuxième intention augmentera. À moins d'une baisse sensible de prix des schémas de deuxième intention, les pays seront rapidement confrontés à des limitations budgétaires qui risquent de compromettre les programmes de traitement. Il est vital de parvenir à de nouvelles réductions de prix pour les médicaments de deuxième intention et d'obtenir un choix élargi de médicaments génériques pour ces médicaments.

Surveiller les avantages et les effets du traitement est capital pour assurer la continuité de l'engagement international. En dépit des difficultés que comporte l'extension du traitement antirétroviral, il est de plus en plus évident que ce traitement a des conséquences positives sur les individus et les communautés. Un nombre croissant de pays à revenu faible ou intermédiaire signalent des réductions de la morbidité et de la mortalité ainsi que des améliorations de la qualité de vie comparables à celles observées dans les pays industrialisés. Il convient de continuer à surveiller régulièrement ces résultats afin de garantir la continuité de l'engagement international en faveur du traitement du VIH. Le volet relatif à l'impact de la prochaine évaluation quinquennale

¹²⁰ Une approche de santé publique se définit comme répondant aux besoins sanitaires d'une population, ou à l'état de santé collectif des gens, plutôt qu'aux simples besoins des individus.

¹²¹ OMS, *Vers un accès universel d'ici à 2010 : Activités de l'OMS avec les pays pour étendre la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006.

¹²² Gilks C., Crowley S., Ekpini R., Gove S., Perriens J., Souteyrand Y., Sutherland D., Vitoria M., Guerna T. and De Cock K., The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings, *The Lancet*, 2006, 368(9534):505-510.

du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme donnera une occasion précieuse d'estimer l'impact global des investissements internationaux sur la morbidité, la mortalité et la réduction du nombre d'infections.

Il faut aussi surveiller les effets du traitement sur le comportement sexuel afin d'ajuster les interventions de prévention et éviter ainsi dans les pays à revenu faible ou intermédiaire les accroissements des taux de transmission du VIH qui ont accompagné l'introduction du traitement antirétroviral dans de nombreux pays industrialisés.

En outre, les pays doivent mettre en place des systèmes de surveillance et de suivi de la pharmacorésistance et de pharmacovigilance, en vue d'informer les décideurs nationaux et mondiaux du choix des schémas thérapeutiques.

- ***Le secteur de la santé doit redoubler d'efforts pour élargir l'accès aux services de prévention des populations les plus exposées et des personnes vivant avec le VIH/SIDA***

Le secteur de la santé doit rapidement améliorer les services de proximité pour les populations les plus exposées. Malgré un engagement politique accru et un accès élargi aux services dans certains pays, la couverture globale des interventions de prévention en faveur des populations les plus exposées est encore insuffisante. En particulier, le secteur de la santé a remporté des succès limités pour répondre aux besoins des groupes qui sont le plus exposés et il peut faire beaucoup mieux. Les initiatives de prévention, comme les programmes d'usage du préservatif à 100%, le traitement des IST et les interventions de réduction des risques, notamment le traitement de substitution des opiacés, doivent figurer de manière systématique au sein des services de soins et de traitement du VIH/SIDA, alors que l'information et le conseil sur le VIH/SIDA doivent avoir une place plus importante dans les programmes de santé sexuelle, de traitement des IST, les consultations prénatales, les services sur la toxicodépendance et les centres de soins de santé primaires. Pour parvenir à un accès universel, il faut que le secteur de la santé mette au point des modèles de prestation de services qui desservent les populations à risque. En outre, le secteur de la santé doit contribuer plus efficacement aux services à assise communautaire qui assurent des interventions ciblées et de proximité efficaces.

Il y a lieu d'améliorer le suivi des programmes pour les populations les plus exposées. Les efforts ne font que commencer dans ce domaine.

À long terme, le secteur de la santé doit travailler avec d'autres parties prenantes pour créer un environnement juridique et politique propice à la prévention, au traitement et aux soins du VIH, notamment des activités plus rigoureuses en vue de lever les obstacles à la mise en œuvre des programmes de prévention et de lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

Il faut répondre aux besoins de prévention des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Un autre défi pour le secteur de la santé est de mieux satisfaire les besoins de prévention des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Beaucoup de personnes qui sont diagnostiquées séropositives dans des centres de dépistage et de conseil volontaires ne font pas l'objet d'un suivi et ne reprennent contact que lorsqu'elles en sont à un stade avancé de la maladie. Le secteur de la santé peut offrir une gamme plus étendue de services de santé et d'interventions, afin d'aider les personnes vivant avec le VIH/SIDA à améliorer autant que possible leur état de santé, à bénéficier du traitement antirétroviral, à prévenir les infections opportunistes et sexuellement transmissibles, à réduire les risques associés à l'injection de drogues, et à éviter de transmettre le VIH. Ces services pourront comprendre l'information et le conseil en vue de prévenir la contamination des partenaires sexuels, l'appui à la notification des partenaires et au partage de l'information sur son propre statut, le dépistage du VIH pour les partenaires et les enfants, des soins préventifs (par exemple les moustiquaires pour prévenir le paludisme), la prophylaxie au cotrimoxazole, l'eau salubre, ainsi que la détection et le traitement préventif de la tuberculose.

- ***Un effort concerté est nécessaire pour accélérer l'extension des interventions globales de PTME***

Des services complets de PTME font défaut dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire. Alors que la transmission mère-enfant du VIH a été presque totalement éliminée dans les pays industrialisés, les pays à revenu faible ou intermédiaire n'ont fait que des progrès limités pour élargir l'accès à des services complets de PTME. Il existe un ensemble bien défini d'interventions et l'on dispose des connaissances pour l'appliquer ; pourtant, la couverture mondiale demeure faible et beaucoup de pays n'ont pas encore dépassé le stade des sites pilotes pour mettre en place des programmes nationaux qui intégreront la prévention, les soins et le traitement du VIH/SIDA pour les femmes et les enfants, y compris des services de PTME, dans les services de santé prénatale, maternelle, néonatale et infantile. La lenteur des progrès est aussi imputable à une mauvaise coordination des donateurs et des responsables de programmes, à la faiblesse des systèmes de santé et à la participation insuffisante des communautés, des partenaires masculins et des organisations de la société civile.

Pour garantir un accès universel à la PTME, il faut augmenter l'échelle d'un ensemble complet d'interventions validées scientifiquement. Cela comprend une identification plus systématique des femmes enceintes infectées par le VIH, particulièrement dans les centres de santé, la prévention des grossesses non désirées, la délivrance de médicaments antirétroviraux pour traiter les femmes enceintes et prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant, des pratiques obstétricales plus sûres, des services de planification familiale, des consultations sur l'alimentation du nourrisson et un appui nutritionnel. Davantage d'efforts doivent aussi être faits pour surveiller les enfants exposés au VIH et pour déterminer le statut sérologique de tous les enfants nés de mères vivant avec le VIH/SIDA, afin de leur prodiguer des soins et un soutien.

Les lignes directrices et le savoir faire dont on dispose sur la PTME doivent maintenant se traduire en activités. De nouvelles directives sur l'utilisation des antirétroviraux pour soigner les femmes enceintes et prévenir l'infection des nourrissons recommandent que toutes les femmes enceintes infectées par le VIH reçoivent un traitement antirétroviral si cela est indiqué¹²³. Ces directives devraient aider à standardiser les soins. Si le traitement n'est pas encore indiqué pour la mère, l'OMS recommande d'utiliser un schéma plus efficace de prophylaxie (zidovudine + lamivudine + névirapine) de préférence à la dose unique de névirapine qui était auparavant préconisée et qui est encore utilisée dans certains pays.

La stratégie mondiale sur la PTME et les soins pédiatriques du VIH que prépare l'équipe spéciale interagences des Nations Unies donnera des directives aux pays souhaitant accélérer l'extension d'interventions de PTME très efficaces. Les pays doivent maintenant traduire leurs nombreux engagements politiques en actions pour prévenir la transmission mère-enfant.

- ***La lutte contre les infections dans les lieux de soins doit être renforcée***

Des stratégies complètes de lutte contre les infections dans les lieux de soins doivent mieux prendre en charge le VIH et la tuberculose. Il est inévitable que des blessures se produisent dans les lieux de soins, même si la fréquence avec laquelle ils aboutissent à une exposition à des liquides contaminés par le VIH peut être sensiblement réduite par la mise en œuvre universelle des précautions standard. Les pays doivent viser à l'élimination universelle de l'exposition aux liquides contaminés par le VIH dans les lieux de soins en appliquant des mesures pour éviter l'utilisation excessive de produits sanguins et d'injections, le recours à des donneurs rémunérés ou à des membres de la famille, les carences dans le domaine du dépistage universel des transfusions de sang, l'utilisation excessive des injections, les pratiques d'injection à risque ou d'autres pratiques dangereuses. En cas d'exposition mettant le sujet à risque d'être infecté par le VIH, il faut faire davantage pour garantir la disponibilité universelle d'une prophylaxie post-exposition dans les lieux de soins. Le Réseau international pour la sécurité des injections doit être doté de ressources suffisantes et les efforts mondiaux en vue d'améliorer la sécurité sanguine doivent se poursuivre.

L'apparition récente des cas de tuberculose ultrarésistante (XDR-TB) renforce la nécessité de prévenir la transmission de la tuberculose en milieu de soin. Les mesures nécessaires pour prévenir la transmission de la tuberculose dans les lieux de soins comprennent l'évaluation rapide des cas suspects de tuberculose dans des sites ambulatoires, la séparation des patients tuberculeux contagieux d'autres malades hospitalisés, l'hygiène de la toux pour les patients et des méthodes de lutte environnementale telles qu'une bonne aération et l'exposition aux rayons ultraviolets.

- ***La mise en œuvre de différentes stratégies est requis pour accroître la connaissance du statut sérologique***

L'extension des services de conseil et de dépistage volontaires du VIH est nécessaire, mais il faut lever les obstacles qui découragent le recours à ces services. Le conseil et dépistage volontaires du VIH sont des points d'entrée essentiels pour les services de prévention aussi bien que de traitement, mais le manque d'accès à ces services continue d'entraver les activités en vue d'étendre la prévention du VIH et de garantir un accès en temps voulu au traitement et aux soins.

Les services de conseil et de dépistage volontaires dans lesquels un patient demande un test du VIH ont permis à beaucoup de personnes de connaître leur statut sérologique. Néanmoins, la portée de ces services demeure insuffisante. Dans de nombreux environnements où les systèmes de santé sont faibles et les ressources limitées, la disponibilité de services de dépistage et de conseil est réduite par les pénuries de prestataires de services qualifiés, le manque de ressources matérielles, la médiocrité des infrastructures et l'insuffisance des systèmes d'achat et de gestion des fournitures. Des facteurs sociaux tels que les attitudes individuelles et les perceptions individuelles du risque ont aussi des conséquences considérables sur le recours aux services de conseil et de dépistage. Les craintes liées à la stigmatisation et aux réactions

¹²³ WHO, *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Towards universal access: recommendations for a public health approach*, World Health Organization, Geneva, 2006.

négatives en cas de révélation créent des obstacles supplémentaires au dépistage^{124,125,126,127,128}, alors que les inégalités sexuelles contribuent à retarder le moment où les femmes sont informées de leur statut sérologique, et augmentent le risque de discrimination et de violence suite à la révélation de la séropositivité^{129,130}.

Ces obstacles peuvent être surmontés en améliorant les conditions dans lesquelles les services de dépistage et de conseil sont menés, en appuyant les prestataires afin qu'ils disposent des informations et des ressources requises pour assurer des services de dépistage, de conseil et d'orientation de qualité, en renforçant leur capacité de prévoir et de prévenir la violence, en augmentant le recours au conseil par les pairs, et en améliorant la communication entre les prestataires et les patients. Le nombre de personnes ayant recours aux services peut aussi être augmenté en levant les difficultés pratiques, par exemple en donnant les résultats du dépistage le jour même grâce aux tests rapides, et en assurant un accès plus facile pour les usagers, par exemple en proposant le dépistage et le conseil sur les lieux de travail, dans des dispensaires mobiles et ouverts la nuit.

Le secteur de la santé doit élargir son rôle dans le conseil et le dépistage du VIH. Outre qu'elles étendent les services de conseil et de dépistage volontaires, des stratégies additionnelles pourraient aider à élargir sensiblement la connaissance du statut sérologique. Parce que les services de santé représentent un point de contact essentiel avec les porteurs potentiels du VIH, les activités de conseil et de dépistage à l'initiative du prestataire de soins de santé apparaissent comme une stratégie fondamentale pour élargir l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH. Les activités de conseil et de dépistage à l'initiative du prestataire de services peuvent être menés dans le cadre de la prise en charge clinique d'un patient qui présente des symptômes ou des signes de maladie qui pourraient être attribués au VIH, par exemple dans le cas de patients tuberculeux ou de personnes suspectées d'avoir la tuberculose. Un prestataire de soins de santé peut aussi recommander un dépistage du VIH à des individus qui ne présentent pas de signes d'infection à VIH, mais qui gagneraient à connaître leur statut sérologique; c'est le cas des femmes enceintes.

Un projet de directives de l'OMS et de l'ONUSIDA sur le conseil et le dépistage à l'initiative des prestataires dans les lieux de soins fait actuellement l'objet de consultations et sera publié au cours du premier semestre 2007.

- ***Il faut améliorer la qualité et la portée de l'information stratégique***

La faiblesse des systèmes de suivi et d'évaluation est un obstacle à l'augmentation du financement et à l'efficacité de la mise en œuvre des programmes. Des 137 pays qui ont transmis à l'ONUSIDA des informations sur leurs ripostes nationales en 2006, 46 ont indiqué qu'un cadre et un plan nationaux de suivi et d'évaluation étaient en place, et 27 pays ont décrit le processus qui a conduit à établir ces instruments. L'un des principaux goulets d'étranglement dans l'utilisation de financements importants, comme ceux du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, est un système de suivi et d'évaluation médiocre, avec des indicateurs inadaptés, des systèmes de recueil des données inefficaces, un manque de capacité de collecte des informations au niveau local et des possibilités insuffisantes d'analyse des données. À mesure que les services liés au VIH évoluent, les pays doivent être aidés à réviser et à renforcer le suivi, parallèlement à la mise en œuvre des programmes. L'OMS collabore avec l'ONUSIDA, d'autres organismes coparrainants et des partenaires clés, notamment le Fonds mondial et le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide à la lutte contre le SIDA pour identifier les principaux indicateurs nationaux, notamment les indicateurs de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/SIDA en 2001, que les pays devraient recueillir pour surveiller systématiquement la riposte au VIH/SIDA.

Les données disponibles sur l'accès au traitement, notamment la répartition des bénéficiaires du traitement par sexe et les indicateurs des résultats du traitement, s'améliorent lentement, mais une connaissance plus approfondie des effets des traitements, des toxicités, des modèles de recours et de la pharmacorésistance sera nécessaire pour guider l'extension et la consolidation des programmes de traitement dans le futur.

124 Ogden J., Nyblade L., Common at its core: HIV related stigma across contexts, International Centre for Research on Women, Washington, 2005.

125 Weiser S., Wolfe W., Bangsberg D., Thior I., Gilbert P., Makhema J. et al., Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV infection and AIDS in Botswana, *Journal of AIDS*, 2005, 34 (3):281-288.

126 Day J.H., Miyamura K., Grant A.D. et al., Attitudes to HIV voluntary counselling and testing among mineworkers in South Africa: Will availability of antiretroviral therapy encourage testing? *AIDS Care*, 2003; 15(5): 665-672.

127 Killewo J.Z., Kwesigabo G., Comoro C. et al., Acceptability of voluntary HIV testing with counselling in a rural village in Kagera, Tanzania, *AIDS Care*, 1998 August; 10(4):431-439.

128 Laver S.M., Voluntary testing and counseling for HIV. "Are adults in rural communities ready to test?" A descriptive survey, *Central African Journal of Medicine*, 2001 April; 47(4):92-97.

129 Maman S., Mbwambo J., Hogan N.M., Kilonzo G.P., Sweat M., Women's barriers to HIV-1 testing and disclosure: challenges for HIV-1 voluntary counseling and testing, *AIDS Care*, 2001, 13(5):595-603.

130 Paxton S., Gonzales G., Uppakaew K. et al., AIDS related discrimination in Asia. *AIDS Care*, 2005; 17(4):413-424.

Dans la plupart des autres domaines d'intervention abordés dans le présent rapport, les données sur l'accès ne sont pas recueillies et consolidées de manière systématique ou sont disponibles uniquement par le biais d'études spéciales. Cela inclut les données sur la disponibilité, la couverture et l'impact des services de conseil et de dépistage volontaires ainsi que de conseil et de dépistage à l'initiative des prestataires, les interventions pour les populations les plus exposées, la prévention de la transmission mère-enfant et les mesures pour prévenir la transmission du VIH dans les lieux de soins.

L'extension du traitement antirétroviral, des services de PTME, et de conseil et de dépistage du VIH a augmenté le nombre d'adultes et d'enfants qui bénéficient d'un dépistage et qui sont porteurs du virus. Des données plus précises sont nécessaires sur les adultes et les enfants chez qui le VIH a été diagnostiqué, afin de planifier des interventions efficaces de prévention et de soins et afin d'évaluer les traitements. Les pays devraient envisager la déclaration des cas avancés d'infection à VIH chez les adultes et les enfants. Le dépistage et le conseil à l'initiative des prestataires accroîtront la disponibilité de données qui peuvent contribuer à de meilleures estimations des besoins de soins au niveau local. Des informations complètes et ponctuelles contribueraient à une meilleure planification des services de santé.

Des objectifs quantifiés ambitieux et des normes sont nécessaires pour mobiliser l'action et assurer la transparence.

Bien que des progrès aient été accomplis, tous les pays n'ont pas encore fixé des cibles au niveau national en vue de l'accès universel. L'OMS prépare actuellement des directives techniques sur la définition d'objectifs quantifiés pour le traitement antirétroviral, la prévention de la transmission mère-enfant, le conseil et le dépistage et les interventions de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables. Ces directives seront utiles pour les pays qui n'ont pas encore défini de cibles ou qui souhaitent adopter une approche rationnelle pour définir, réviser ou ajuster leurs cibles dans des domaines d'intervention, par exemple lorsqu'ils établiront des plans d'extension des services. Là où ce sera possible, les directives proposeront des «normes» de couverture, c'est-à-dire la situation optimale que les pays devraient atteindre quand ils auront surmonté les obstacles qui leur sont propres. Les normes sont fondées sur des données scientifiques quand elles existent, ou sur les expériences nationales, notamment celles des pays développés.

Des calendriers pour atteindre et maintenir les normes devront être établis au niveau national, en fonction des contraintes et des opportunités locales. Les pays fixeront des objectifs «ambitieux» pour 2008 et 2010 afin de se rapprocher des normes. Les directives de l'OMS proposeront également des méthodes pour examiner le contexte du pays et évaluer l'impact possible des interventions par rapport à différents scénarios.

Ces documents seront publiés progressivement dans le courant de 2007.

Un investissement accru dans le domaine de la recherche opérationnelle aidera à augmenter l'impact des programmes. La recherche opérationnelle doit aussi contribuer à une meilleure information stratégique. Si la surveillance détermine l'ampleur d'un problème, alors que le suivi et l'évaluation mesurent les changements dans la réponse des programmes, la recherche opérationnelle tente quant à elle de trouver les moyens les plus adaptés et les plus efficaces de réaliser des programmes. L'approche de santé publique préconisée par l'OMS pour l'extension des activités en matière de VIH nécessite d'augmenter les connaissances sur la façon dont elle peut être appliquée le plus efficacement possible dans un éventail de contextes. L'OMS travaille avec les institutions internationales de recherche et les programmes nationaux de lutte contre le SIDA pour déterminer les domaines qui présentent les plus grands besoins en recherches, et elle aide à orienter les compétences techniques et le financement vers ces domaines.

• ***La circoncision doit être reconnue comme une intervention importante pour réduire le risque d'infection à VIH***

En décembre 2006, les NIH ont annoncé que deux essais qui évaluaient les effets de la circoncision sur le risque d'infection à VIH étaient arrêtés suite à la recommandation du Conseil de suivi des données et de la sécurité des NIH (DSMB - *Data and Safety Monitoring Board*). Les deux essais, qui se déroulaient au Kenya¹³¹ et en Ouganda¹³², ont été arrêtés par le DSMB à la suite de son évaluation des résultats des analyses intermédiaires et du fait qu'elles ont révélé une réduction d'environ la moitié du risque d'infection par le VIH chez les hommes qui ont été circoncis. Ces résultats

¹³¹ Bailey R., Moses S., Parker C., Agot K., Maclean I., Krieger J., Williams C., Campbell R. and Ndinya-Achola, Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial, *The Lancet*, 2007, 369: 643-656.

¹³² Gray R.H., Kigozi G., Serwadda D., Makumbi F., Watya S., Nalugoda F., Kiwanuka N., Moulton L.H., Chaudhary M.A., Chen M.Z., Sewankambo N.K., Wabwire-Mangen F., Bacon M.C., Williams C.F., Opendi P., Reynolds S.J., Laeyendecker O., Quinn T.C. Wawer M.J., Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial, *The Lancet*, 2007, 369:657-666.

confirment les observations faites au cours de l'essai d'intervention d'Orange Farm en Afrique du Sud, financé par l'Agence nationale française de recherches sur le SIDA (ANRS) et publiées en 2005. Ils démontraient une diminution d'au moins 60% du risque de transmission du VIH chez les hommes circoncis¹³³. Ces résultats ont suscité l'intérêt pour la circoncision comme mesure de prévention, ainsi qu'une augmentation de la demande pour cette intervention.

En réponse aux conclusions des essais, l'OMS, l'ONUSIDA et leurs partenaires ont organisé une consultation internationale début mars 2007 afin de définir des recommandations spécifiques pour développer et promouvoir la circoncision dans l'optique de la prévention du VIH. Outre qu'ils ont reconnu que la circoncision était une intervention importante pour réduire le risque d'infection par le VIH, les experts participant à la consultation ont souligné que, en particulier dans les pays qui enregistrent une forte prévalence du VIH du fait de la transmission hétérosexuelle et des taux faibles de circoncision, cette pratique pourrait avoir un impact majeur sur l'épidémie de VIH. Il a été recommandé que les pays envisagent sans délai d'élargir l'accès à des services sûrs de circoncision.

Pendant la consultation, en plus de l'étude des données, les facteurs suivants ont été examinés :

- les aspects culturels et les droits de l'homme associés à la promotion de la circoncision ;
- le risque de complications dans les divers cadres où cette intervention est pratiquée ;
- le risque potentiel de compromettre les comportements de protection et les stratégies de prévention qui existent déjà et permettent de réduire le risque d'infection par le VIH ;
- les contraintes pesant sur les systèmes de santé ;
- les niveaux de prévalence du VIH dans des populations qui pourraient bénéficier potentiellement de services renforcés de circoncision masculine.

La circoncision a maintenant démontré qu'elle offre une protection partielle contre l'infection à VIH transmise par des rapports hétérosexuels chez les hommes. L'OMS et l'ONUSIDA soutiendront activement les pays qui décideront d'étendre les services de circoncision en continuant de leur dispenser des conseils techniques, en mettant au point des outils pour déterminer la prévalence de la circoncision et son acceptation dans la population, évaluer les capacités du système de soins de santé à renforcer les services, estimer les coûts, surveiller le nombre de circoncisions pratiquées, la sécurité des interventions et leurs répercussions potentielles sur les comportements sexuels, tout en prodiguant des conseils sur les pratiques de la circoncision, avec une formation, la définition de normes, la certification et l'agrément de ces services. L'OMS étudie des moyens de tirer parti de l'opportunité que les services de circoncision pourraient avoir sur le renforcement d'un domaine de santé important et négligé : la santé sexuelle masculine, en liant les services de santé sexuelle aux services de circoncision.

Des informations font actuellement défaut sur les effets de la circoncision sur le risque de transmission du VIH par les hommes infectés à leurs partenaires féminines.

- ***La tuberculose présente les plus grandes menaces et les plus grandes opportunités pour la riposte au VIH/SIDA***

L'apparition de la tuberculose ultrarésistante (XDR-TB) dans des environnements à forte prévalence du VIH, notamment en Afrique australe, est une grave menace pour la santé publique. Cette forme de tuberculose presque impossible à soigner, résistante aux plus puissants médicaments antituberculeux de première et de deuxième intention, entraîne rapidement la mort des personnes vivant avec le VIH/SIDA¹³⁴. En mars 2006, l'OMS et les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis ont indiqué que la tuberculose à bacilles ultrarésistants XDR-TB était une grave menace pour la santé publique et la lutte antituberculeuse, et qu'elle faisait craindre une épidémie de tuberculose avec des options de traitement restreintes qui pourraient compromettre les progrès accomplis dans la lutte mondiale contre la tuberculose. De plus, la tuberculose ultrarésistante menace la lutte contre le VIH/SIDA et pourrait saper les efforts des pays vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH.

¹³³ Auvert B., Taljaard D., Lagarde E., Sobngwi-Tambekou J., Sitta R. et al., Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial, *PLoS Med*, 2005, 2(11): e298.

¹³⁴ Gandhi, N.R. et al., Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa, *The Lancet*, 2006, 368(9547): p. 1575-1580.

Dans l'ensemble, les activités pour s'assurer que les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont un accès adéquat à des services de qualité de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose sont insuffisants. Même si la tuberculose ultrarésistante est une grave menace, l'OMS estime que moins de 0,5% (30 000) des 9 millions de nouveaux cas de tuberculose qui se produisent chaque année sont dus à la forme ultrarésistante. La plupart des cas de tuberculose sont évitables ou peuvent être soignés. Néanmoins, la tuberculose demeure parmi les principales causes de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Au moins une personne vivant avec le VIH/SIDA sur trois (environ 13 millions) est infectée par la tuberculose et présente un risque accru de développer la forme active de la maladie, ce qui conduit à près d'un quart de million de décès prématurés par tuberculose¹³⁵. Le sous-investissement chronique et l'engagement politique insuffisant en faveur de la lutte antituberculeuse dans beaucoup de pays à forte prévalence du VIH ont abouti à une incidence élevée de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA et ont contribué au développement de la pharmacorésistance de la tuberculose.

L'extension des soins du VIH et des traitements antirétroviraux est à la fois une menace et une chance pour la lutte antituberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA. En l'absence de mesures adaptées de prévention de la tuberculose et de lutte contre l'infection¹³⁶, les centres de soins et de traitement du VIH sont propices à la propagation rapide de la tuberculose et de formes potentiellement résistantes aux médicaments parmi les personnes séropositives les plus vulnérables. Le traitement antirétroviral seul ne suffira pas à minimiser la charge tuberculeuse, puisque les personnes vivant avec le VIH/SIDA qui sont sous traitement antirétroviral demeurent au moins deux fois plus vulnérables à la tuberculose que celles qui sont séronégatives au VIH¹³⁷. Néanmoins, un accès élargi aux soins du VIH offre aussi des occasions plus nombreuses de détecter, de traiter et de prévenir la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA par le dépistage de la tuberculose et le traitement de l'infection tuberculeuse latente. À chaque visite, il convient de vérifier le statut du patient par rapport à la tuberculose, qui doit être noté dans les registres de soins et de traitement du VIH recommandés par l'OMS. Pourtant, peu de pays recueillent et publient des chiffres sur la charge de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA ou sur la proportion qui a accès à une thérapie préventive.

Donner la priorité à l'accès à des services de qualité de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose évitera le développement et la propagation de la tuberculose pharmacorésistante et prolongera la vie des personnes infectées par le VIH/SIDA tout en améliorant leur qualité de vie. La prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA doivent constituer un élément intégral et explicite des activités pour parvenir à un accès universel. Si la tuberculose et la tuberculose pharmacorésistante ne reçoivent pas davantage d'attention, elles annuleront les effets des progrès vers l'accès universel aux interventions en matière de VIH/SIDA et deviendront «le talon d'Achille de l'extension du traitement du VIH»¹³⁸.

Les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA ont resserré leur collaboration pour surmonter les obstacles propres au système de la santé en vue d'atteindre leurs objectifs communs, mais des occasions sont encore manquées. Le renforcement des services généraux de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins est favorisé par une approche conjointe des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH en matière de renforcement des capacités des ressources humaines, de participation communautaire, de gestion de l'approvisionnement en médicaments et de supervision, de suivi et d'évaluation. Les programmes nationaux de lutte antituberculeuse sont de plus en plus souvent des partenaires majeurs de l'extension en vue de l'accès universel en proposant un dépistage du VIH à tous les patients de la tuberculose, en fournissant des services de base de prévention du VIH aux malades de la tuberculose et en garantissant que les tuberculeux séropositifs reçoivent un traitement et des soins complets en matière de VIH. Les programmes de VIH/SIDA incluent également le dépistage de la tuberculose et le traitement de l'infection tuberculeuse latente dans les soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Néanmoins, beaucoup d'occasions sont encore manquées pour assurer des services complets dans les lieux de soins de la tuberculose et du VIH.

135 WHO, Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing, World Health Organization, Geneva, 2007 (WHO/HTM/TB/2007.376).

136 WHO and CDC, Tuberculosis infection control in the era of expanding HIV care and treatment: Addendum to WHO Guidelines for the Prevention of Tuberculosis in Health Care Facilities in Resource-Limited Settings, (1999), Atlanta, United States: Centers for Disease Control and Prevention, 2006.

137 Girardi E., Sabin C.A., Monforte A.D. et al., Incidence of tuberculosis among HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral therapy in Europe and North America, *Clinical Infectious Diseases*, 2005; 41:1772-1782.

138 de Cock K., From "3 by 5" to Universal Access, exposé en séance plénière, XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006.

4. SYNTHÈSE DES PROGRÈS DANS QUELQUES PAYS FORTEMENT AFFECTÉS PAR LE VIH/SIDA

Cette section fait le point sur l'accès aux interventions du secteur de la santé dans sept pays fortement affectés : l'Afrique du Sud, l'Inde, le Kenya, le Mozambique, le Nigéria, la République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe. En 2005, ces pays représentaient plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde, plus de la moitié des femmes enceintes infectées par le VIH et plus de la moitié des femmes enceintes séropositives qui avaient bénéficié d'une prophylaxie pour la PTME. En décembre 2006, ils représentaient aussi plus de la moitié des besoins en antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et ils traitaient plus de 750 000 patients, soit 37% du nombre total de personnes sous traitement dans le monde.

Afrique du Sud

Population totale, 2005 : 47 431 000

Taux de prévalence du VIH/SIDA chez l'adulte, 2003 : 18,6% (16,6%-20,5%) ; **2005 :** 18,8% (16,8%-20,7%)

Couverture du traitement antirétroviral, 2003 : 2,7%* ; **décembre 2006 :** 32% (27%-39%)

Estimation du % de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME, 2005 : 30% (27%-33%)

% de patients tuberculeux ayant bénéficié d'un dépistage du VIH, 2005 : 22,5%

Dépenses totales de santé par habitant (\$ int.¹³⁹), 2003 : 669

Sources: Division de la population de l'ONU, OMS, ONUSIDA, UNICEF

* Sur la base de l'estimation des besoins en antirétroviraux en 2003

L'Afrique du Sud connaît une épidémie généralisée de VIH et, avec l'Inde, c'est le pays qui compte le nombre le plus élevé de personnes vivant avec le VIH/SIDA. En 2005, de 4,9 millions à 6,1 millions de personnes, dont 240 000 enfants de moins de 15 ans, vivaient avec le VIH. Des données récentes montrent une tendance régulière à la hausse de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales. Néanmoins, la prévalence du virus chez les jeunes semble se stabiliser¹⁴⁰. On observe des variations régionales sensibles dans l'épidémie, les taux de prévalence les plus importants concernant le KwaZulu-Natal et le Mpumalanga, et les plus faibles le Cap oriental, le Cap-du-Nord et le Limpopo.

En décembre 2006, l'Afrique du Sud a annoncé un projet de plan national de lutte contre le VIH/SIDA pour 2007-2011. Le plan et ses objectifs liés sont en cours de mise au point et seront rendus publics ces prochains mois. Les services de santé sont décentralisés, et les provinces ont développé leurs propres programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Les services de santé sont également assurés par un important secteur privé et un réseau d'organisations de la société civile.

L'accès des personnes vivant avec le VIH/SIDA au traitement et aux soins s'est élargi ces dernières années. L'Afrique du Sud a introduit le traitement antirétroviral dans le secteur public en 2004. L'extension du traitement a commencé lentement : de 37 000 à 62 000 personnes recevaient un traitement fin 2004, dont environ 35 000 patients dans le secteur privé. Fin 2005, de 178 000 à 235 000 personnes avaient accès au traitement, dont 90 000 personnes dans le secteur privé, ce qui est encore très inférieur aux besoins estimés. Fin 2006, les préoccupations nationales et internationales croissantes sur la riposte nationale ont conduit le Gouvernement sud-africain à renforcer son engagement politique en vue d'une extension du traitement. Le nombre de personnes traitées dans le secteur public a augmenté sensiblement en 2006, et on estime que près de 325 000 (287 000-363 000) personnes bénéficiaient d'un traitement à la fin de l'année.

Des progrès ont été faits dans la prestation des services de PTME. Le programme national de prévention de la transmission mère-enfant a commencé en 2001. Entre 2004 et 2005, le pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu une prophylaxie antirétrovirale est passé de 22% à 30% (27%-33%). Néanmoins, comme les taux d'infection au VIH chez les femmes enceintes dans les consultations prénatales publiques en 2005 étaient de 30,2%¹⁴¹, il convient d'intensifier encore les activités en matière de PTME.

¹³⁹ Le dollar international est une unité monétaire fictive qui a le même pouvoir d'achat que le dollar des États-Unis aux États-Unis à un moment donné, c'est-à-dire qu'il est égal au dollar des États-Unis converti à un taux de change de parité de pouvoir d'achat. Il exprime la valeur d'une unité monétaire locale à l'intérieur des frontières d'un pays. Le dollar international sert à faire des comparaisons entre différents pays et entre différentes périodes. Ainsi, par exemple, si l'on compare le produit intérieur brut de plusieurs pays en dollars internationaux, on obtient une mesure beaucoup plus utile pour comparer les niveaux de vie qu'en se basant simplement sur les taux de change.

¹⁴⁰ ONUSIDA, Le point sur l'épidémie de SIDA 2006, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Genève, 2006.

¹⁴¹ ONUSIDA, Le point sur l'épidémie de SIDA 2006, op. cit.

Les services de dépistage et de conseil volontaires sont largement disponibles en Afrique du Sud, dans les consultations du secteur public, les hôpitaux, les organisations non gouvernementales et les cabinets privés. Si la connaissance du statut sérologique est plus élevée en Afrique du Sud que dans la plupart des autres pays fortement affectés, elle demeure néanmoins faible. Une enquête nationale auprès des ménages réalisée en 2005 a montré que 30,3% des répondants s'étaient antérieurement prêtés à un dépistage du VIH, et que les principales raisons pour ne pas se faire tester étaient liées à la faible perception du risque. L'étude a noté un accroissement de l'acceptation du dépistage et du conseil au fil du temps ; plus de deux tiers des répondants qui avaient bénéficié d'un test dans le passé s'étaient de nouveau soumis au dépistage dans les deux années précédant l'enquête¹⁴².

Les efforts pour améliorer la planification conjointe entre programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose ont également été intensifiés ces dernières années. En 2005, 22,4% des patients atteints de tuberculose avaient été testés pour le VIH et dans ce groupe, près de 52% étaient séropositifs. Parmi les patients séropositifs au VIH, tous avaient commencé une thérapie préventive au cotrimoxazole et 33% avaient démarré un traitement antirétroviral. Le programme national de lutte contre la tuberculose a également indiqué que parmi un échantillon de 223 632 personnes vivant avec le VIH, 18% avaient été testés pour la tuberculose et que la maladie avait été diagnostiquée chez 37% de ces personnes.

Alors que le pays étend la prestation de services essentiels afin de parvenir à un accès universel, il doit relever le défi de la formation de ressources humaines supplémentaires, ainsi que la fidélisation du personnel existant dans le système public de santé. La récente accélération des activités doit se poursuivre. Il convient de mettre davantage l'accent sur la prévention du VIH, ainsi que sur la multiplication des sites de dépistage et de conseil qui sont liés aux services de prévention, de soins et de traitement. De plus, il est nécessaire d'aborder les questions se rapportant à la stigmatisation, à la peur des effets secondaires du traitement et au charlatanisme.

L'Afrique du Sud connaît aussi des opportunités et des difficultés nouvelles dans ses activités pour endiguer la propagation du VIH. L'étude d'Orange Farm en Afrique du Sud publiée fin 2005 a révélé une réduction d'au moins 60% de l'infection au VIH chez les hommes circoncis¹⁴³. Si elle veut proposer plus largement la circoncision comme moyen de prévenir de nouvelles infections, elle doit assurer des services sûrs et adaptés. Le pays doit aussi affronter la menace émergente de la tuberculose ultrarésistante aux médicaments, qui est capable de saper les activités de lutte contre le VIH/SIDA.

Inde

Population totale, 2005 : 1 103 370 000

Taux de prévalence du VIH/SIDA chez l'adulte, 2003 : 0,9% (0,93%-1,5%); **2005 : 0,9%** (0,91%-1,5%)

Couverture du traitement antirétroviral, 2003 : 3,0%*; **décembre 2006 : 6%-15%**

Estimation du % de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME, 2005 : 2% (1%-3%)

% de patients tuberculeux ayant bénéficié d'un dépistage du VIH, 2005 : 2,2%

Dépenses totales de santé par habitant (\$ int.), 2003 : 82

Sources: Division de la population de l'ONU, OMS, ONUSIDA, UNICEF

* Sur la base de l'estimation des besoins en antirétroviraux en 2003. Dans le secteur privé.

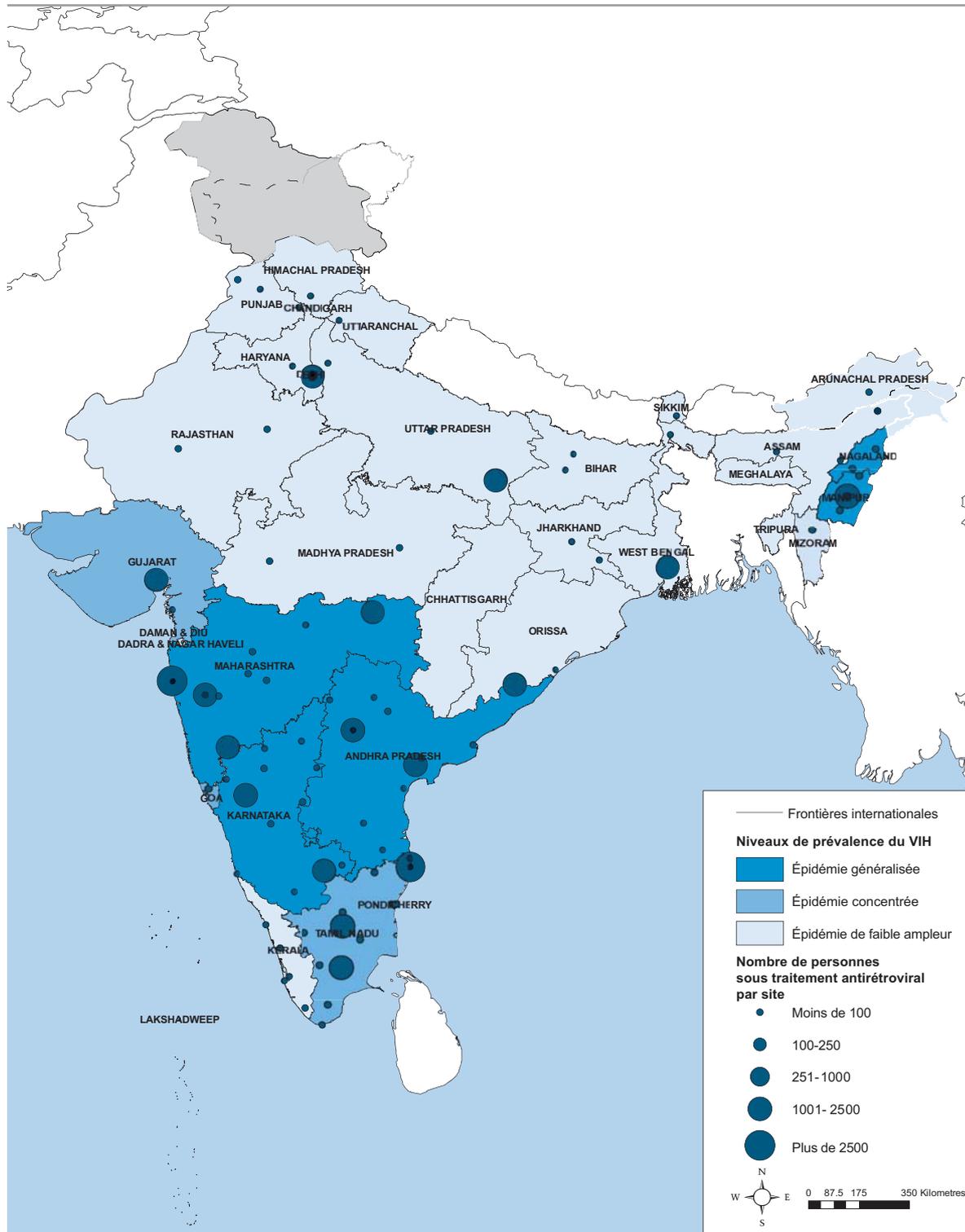
On estime que de 3,4 millions à 9,4 millions d'adultes et d'enfants vivaient avec le VIH/SIDA en Inde en 2005. L'épidémie est hétérogène avec des variations régionales considérables. Les États d'Andhra Pradesh, de Karnataka, de Maharashtra, de Manipur et de Nagaland connaissent une épidémie généralisée; d'autres ont des épidémies concentrées ou de faible intensité. Les groupes vulnérables comprennent les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et les groupes de population mobiles. Le principal mode de transmission est la voie hétérosexuelle, sauf dans les États du nord-est du pays où c'est l'injection de drogues. Une enquête nationale sur la population, réalisée en 2006, devrait mieux renseigner sur la prévalence du VIH dans cinq des États les plus touchés et au niveau national.

Un processus consultatif national entrepris en 2006 a identifié les opportunités et les obstacles à l'extension des services liés au VIH/SIDA et a fixé des objectifs nationaux pour progresser vers l'accès universel dans le cadre du Programme

¹⁴² South African National HIV Prevalence, HIV Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2005.

¹⁴³ Auvert B. et al., op. cit.

Figure 19. Sites de traitement antirétroviral en Inde, décembre 2006



Source: National AIDS Control Organization, Ministry of Health and Family Welfare, Inde

national de lutte contre le SIDA 2006-2011. Les objectifs, à atteindre d'ici à 2010, sont de fournir un traitement antirétroviral à 62% des adultes et des enfants présentant une infection à VIH avancée, et d'assurer une prophylaxie antirétrovirale en faveur de 100% des femmes enceintes. Dans le secteur public, les services de santé sont délivrés gratuitement aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire. Il existe également un vaste secteur privé payant, qui représente 82% des visites ambulatoires, 58% des dépenses d'hospitalisation et 40% des accouchements en institution¹⁴⁴.

Jusqu'en 2003, le traitement antirétroviral en Inde était disponible principalement par le biais des prestataires du secteur privé ou des organisations non gouvernementales. En décembre 2003, le pays a introduit une politique pour commencer à assurer un traitement antirétroviral dans le secteur public et des hôpitaux gouvernementaux chargés de le dispenser ont été désignés dans six États à forte prévalence.

L'accès au traitement s'est graduellement élargi depuis 2004. En décembre 2006, le Gouvernement a indiqué que 55 473 personnes recevaient un traitement antirétroviral dans 11 sites du secteur public (figure 19). Quelque 15 000 personnes étaient traitées dans neuf sites privés ou gérés par des organisations non gouvernementales. De plus, on estime que 25 000 personnes étaient suivies dans le secteur privé libéral. Dans l'ensemble, fin 2006, 95 000 (77 000-114 000) personnes prenaient des antirétroviraux, y compris les personnes inscrites dans des centres privés. Néanmoins, ce nombre est encore inférieur aux besoins totaux. Récemment, le Gouvernement a également lancé un programme de traitement antirétroviral pédiatrique, avec le soutien de la Fondation William J. Clinton, en vue de soigner 40 000 enfants d'ici à 2011. En 2006, des données des centres du secteur public ont indiqué que 81% des patients étaient vivants et sous traitement après 12 mois, et que 73% étaient vivants et sous traitement après 24 mois¹⁴⁵.

Les programmes du secteur public pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ont commencé en décembre 2002. En décembre 2006, des services de PTME étaient proposés dans 2 433 centres de santé. La couverture de ces services demeure faible, puisque seulement 3,9% des femmes enceintes avaient accès à ces services en 2005¹⁴⁶, et 2% (1%-3%) des femmes enceintes infectées par le VIH recevaient une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant.

Les premiers centres de conseil et dépistage volontaires ont été créés en 1997 dans les écoles de médecine et les hôpitaux de district. Le nombre de centres de conseil et dépistage sont passés de 63 en 1997 à plus de 3 000 sites fin 2006, avec au moins un site dans chacun des 600 districts. De 2002 à 2005, près de 3,03 millions de personnes ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH dans les consultations du secteur public, dont 13% de tests positifs¹⁴⁷. En 2005, 2,2% des cas de tuberculose diagnostiqués ont bénéficié d'un dépistage du VIH, avec 21,6% de résultats positifs.

Des projets ciblant les professionnel(le)s du sexe ont été mis en œuvre avec succès dans les États à forte prévalence (Bengale occidentale, Tamil Nadu, Maharashtra et Andhra Pradesh). Les données provenant d'un projet de prévention primaire parmi les professionnel(le)s du sexe à Sonagachi, Bengale occidentale, lancé en 1992, montrent que la prévalence du VIH dans cette catégorie de population est demeurée inférieure à 10% tandis que le taux d'utilisation du préservatif est passé à 90%¹⁴⁸. Le projet Avahan India AIDS Initiative, qui aide des organisations non gouvernementales à mettre en place des services de proximité, à mobiliser les communautés et à créer des consultations réservées aux professionnel(le)s du sexe, a constaté une augmentation du nombre de centres dans les régions ciblées : d'une cinquantaine en décembre 2004, ils sont passés à 350 en juin 2006. Le projet a également observé davantage de contacts grâce aux activités de proximité des pairs, et un recours accru aux services cliniques¹⁴⁹. Quelques programmes de réduction des risques, notamment l'échange des seringues et des programmes limités de thérapie de substitution, ont été introduits dans les États du nord-est, où le principal mode de transmission du VIH est l'injection de drogues.

144 Sengupta A., Nundy S., The private health sector in India. *British Medical Journal*, 2005; 331: 1157-1158.

145 Khera A., Dharamshaktu N.S., Rewari B.B., Tassie J., Chan P., Mahanty B., Garg R., *Effectiveness of India's Public Sector Antiretroviral Treatment Programme*, NACO and WHO, exposé lors du XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006.

146 United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, Progress Report on the Declaration of Commitment on HIV/AIDS, National AIDS Control Organization, India, 2005. Consulté le 30 janvier 2007 à l'adresse: http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_india_en.pdf.

147 Khera A., Mahanty B., Mehrotra S., Lo Y., National Voluntary Counselling and Testing (VCT) Programme in India - Scaling-up Quality VCT services, NACO and WHO, présentation au XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006.

148 Basu I. et al., HIV Prevention among Sex Workers in India, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004, 36(3):845-852.

149 WHO/SEARO, Scaling up HIV Prevention, Care and Treatment, Report of a Regional Meeting, Bangkok, Thailand, 31 October to 2 November 2006, World Health Organization/South-East Regional Office, 2007.

Dans un pays aussi vaste et peuplé que l'Inde, des activités ambitieuses sont nécessaires pour renforcer les programmes existants et assurer des services intégrés de prévention, de traitement et de soins à ceux qui en ont besoin, en se concentrant davantage sur les ripostes au niveau des États et des districts, plutôt qu'au niveau national. Il convient de mieux coordonner le secteur privé, qui est un important prestataire de services de santé en Inde, avec le secteur public, et d'installer des mécanismes pour surveiller la qualité des services. Les fabricants indiens de médicaments génériques sont confrontés aux défis de respecter la législation internationale sur les droits de propriété intellectuelle, et d'approvisionner le marché intérieur en antirétroviraux avec des versions génériques de produits qui sont brevetés ou pour lesquels une demande de brevet a été déposée.

Kenya

Population totale, 2005 : 34 255 000

Taux de prévalence du VIH/SIDA chez l'adulte, 2003 ; 6,8% (5,8%-7,7%) ; 2005 : 6,1% (5,2%-7,0%)

Couverture du traitement antirétroviral, 2003 : 5,0%* ; décembre 2006 : 44,0% (36%-56%)

Estimation du % de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME, 2005 : 20% (17%-23%)

% de patients tuberculeux ayant bénéficié d'un dépistage du VIH, 2005 : 14,2%

Dépenses totales de santé par habitant (\$ int.), 2003 : 65

Sources: Division de la population de l'ONU, OMS, ONUSIDA, UNICEF

* Sur la base de l'estimation des besoins en antirétroviraux en 2003

Le Kenya connaît une épidémie généralisée de VIH. De 1,1 million à 1,5 million de personnes vivaient avec le VIH en 2005. Ces dernières années, on note des signes d'un recul de la prévalence du VIH: la prévalence nationale chez l'adulte est passée de 10% à la fin des années 90 à près de 6% en 2005. Cette diminution est largement attribuée aux changements de comportement résultant d'activités de prévention à grande échelle qui ont commencé en 2000, notamment le report des premières relations sexuelles, l'usage accru du préservatif et la réduction des taux de rapports sexuels avec des partenaires multiples¹⁵⁰. D'autre part, l'injection de drogues a été identifiée comme un facteur émergent de transmission du VIH.

La riposte nationale au VIH/SIDA est guidée par le Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2005-2010. En 2006, un processus consultatif national a dégagé les opportunités et les difficultés pour renforcer les services de VIH/SIDA et a défini les cibles pour progresser vers l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement du VIH, notamment la délivrance, d'ici à 2010, d'un traitement antirétroviral à 75% des hommes et à 80% des femmes présentant une infection à VIH avancée, et d'une prophylaxie antirétrovirale à 80% des femmes enceintes infectées. Le pays s'est aussi engagé à ce que, d'ici à la même année, 2 millions de personnes, et notamment les individus les plus exposés, aient bénéficié d'un dépistage du VIH et en aient reçu le résultat au cours des 12 mois précédents. En 2007, ces objectifs seront intégrés dans le cadre du Plan stratégique national. Des services de lutte contre le VIH/SIDA sont assurés dans des centres de santé publique au niveau national, provincial, du district et du sous-district. Des missions religieuses et des organisations non gouvernementales dispensent également des services de santé en collaboration avec le secteur étatique.

Le traitement antirétroviral a d'abord commencé dans cinq sites pilotes au Kenya en 2001. En 2002, une équipe nationale a été créée pour élargir l'accès au traitement antirétroviral et des dispositions législatives ont été prises pour réduire le coût des antirétroviraux génériques importés. Fin 2004, on estimait que 17 000 personnes suivaient un traitement antirétroviral dans le secteur public, les organisations non gouvernementales et les missions et que 8 000 patients étaient sous traitement dans des centres privés. En 2006, la distribution des antirétroviraux est devenue gratuite dans tous les centres de santé publique. À la fin de cette même année, près de 125 000 personnes (111 000-139 000) suivaient un traitement antirétroviral dans des centres publics ou privés, soit une couverture de 44% (36%-56%). L'expansion des programmes de traitement antirétroviral a eu des résultats positifs. Une étude menée auprès des membres des ménages de 191 patients adultes sous traitement antirétroviral dans un dispensaire du Kenya occidental entre mars 2004 et février 2005 a montré que le traitement avait abouti à une hausse rapide de l'emploi des patients, ainsi qu'à une diminution du travail des garçons dans le groupe d'âge 8-12 ans dans ces ménages¹⁵¹. Récemment, l'accent a également été mis sur l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral pédiatrique.

¹⁵⁰ Cheluguet B., Baltazar G., Orege P., Ibrahim M., Marum L., Stover J., Evidence for population-level declines in adult HIV prevalence in Kenya, 2006. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(2):21-26.

¹⁵¹ Thirumurthy H., Graff Zivin J., Goldstein M.P., The impact of antiretroviral therapy on employment outcomes of HIV-infected individuals and their families: evidence from rural western Kenya, XVIe Congrès international sur le SIDA, Toronto, 2006 (abrégé TUAD0203).

Les services de prévention de la transmission mère-enfant ont été introduits dans des sites pilotes en 2000. Un programme national de PTME a commencé en 2002. Fin 2005, il y avait 759 centres assurant ce type de services dans le secteur public¹⁵². On estime que 20% (17%-23%) des femmes enceintes séropositives au VIH ont reçu une prophylaxie antirétrovirale en 2005.

Depuis 2000, la disponibilité et la couverture des services de conseil et de dépistage du VIH se sont considérablement accrues. Ces services sont disponibles dans des sites propres, et intégrés dans des établissements de santé publique. Le nombre de sites du secteur public est passé de trois en 2000 à 650 en 2005. La fréquentation des services a également augmenté pendant la même période : si 1 000 patients demandaient un conseil en 2000, 500 000 faisaient la même demande en 2005¹⁵³. Une enquête en population réalisée en 2003 a montré que 14% des hommes et 13% des femmes avaient bénéficié d'un dépistage du VIH et en avaient reçu le résultat. L'enquête a aussi révélé que 48% des femmes et 62% des hommes avaient entendu parler du conseil et du dépistage volontaires, les jeunes de 20-24 ans et les habitants des zones urbaines étant les mieux informés¹⁵⁴.

Des mesures ont été prises pour améliorer la prise en charge des co-infections VIH/tuberculose. En 2005, 14,2% des cas notifiés de tuberculose ont été testés pour le VIH, avec 57,4% de tests positifs. Près de 80% des personnes dont le test était positif ont commencé une thérapie préventive au cotrimoxazole et 20% un traitement antirétroviral.

Des progrès considérables ont été accomplis ces dernières années dans la prise en charge de l'épidémie de VIH et l'élargissement de l'accès aux services de santé essentiels pour les personnes vivant avec la maladie ou touchées par le virus. Néanmoins, le système de santé du pays connaît une pénurie de ressources humaines qualifiées, particulièrement dans les zones rurales. De plus, il est nécessaire de consolider l'infrastructure sanitaire afin d'assurer des services satisfaisants. Le traitement est mal connu alors que la stigmatisation et la discrimination demeurent élevées. Il faut aussi renforcer la gestion des programmes, et les systèmes de suivi et d'évaluation.

Mozambique

Population totale, 2005: 19 792 000

Taux de prévalence du VIH/SIDA chez l'adulte, 2003: 16,0% (12,5%-19,7%); **2005: 16,1%** (12,5%-20,0%)

Couverture du traitement antirétroviral, 2003: 1,5%*; **décembre 2006: 14%** (10%-19%)

Estimation du % de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME, 2005: 6% (4%-9%)

% de patients tuberculeux ayant bénéficié d'un dépistage du VIH, 2005: non disponible

Dépenses totales de santé par habitant (\$ int.), 2003: 45

Sources: Division de la population de l'ONU, OMS, ONUSIDA, UNICEF

* Sur la base de l'estimation des besoins en antirétroviraux en 2003

Le Mozambique connaît une épidémie généralisée. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans le groupe d'âge 15-49 ans est passée de 11% en 2000 à 16% en 2004, l'une des augmentations les plus rapides observées en Afrique subsaharienne ces dernières années. Entre 1,4 million et 2,2 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2005. La transmission est principalement par voie hétérosexuelle. La prévalence nationale masque des différences régionales considérables, les niveaux d'infection dans les provinces méridionales et centrales étant les plus élevés¹⁵⁵.

Le Plan stratégique national du secteur de la santé pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA pour 2004-2008 constitue le cadre de l'extension des services du VIH dans le secteur de la santé. Un processus consultatif national a identifié en 2006 les opportunités et les obstacles à l'extension des services liés au VIH/SIDA, et a fixé des objectifs pour progresser vers l'accès universel, notamment le traitement antirétroviral de 39% des adultes et des enfants à un stade avancé de l'infection; et la prophylaxie antirétrovirale de 22% des femmes enceintes séropositives au VIH d'ici à 2009. Le Mozambique s'est également engagé à ce que d'ici à 2008, 945 000 personnes, notamment celles

¹⁵² United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, Country Report, Republic of Kenya, 2005. Consulté le 2 février 2007 à l'adresse : http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_kenya_en.pdf.

¹⁵³ United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, 2005, op. cit.

¹⁵⁴ Kenya Demographic and Health Survey 2003, Central Bureau of Statistics and Ministry of Health (Kenya), and ORC Macro, 2004.

¹⁵⁵ ONUSIDA, Le point sur l'épidémie de SIDA 2006, op. cit.

qui sont le plus à risque, aient bénéficié d'un dépistage du VIH et en aient reçu le résultat au cours des 12 mois précédents. Les services de VIH/SIDA sont assurés par le biais d'un modèle de «réseaux intégrés de santé» dans le cadre du système public de soins de santé qui mène des interventions clés dans le domaine de la prévention, des soins, du traitement et du soutien, notamment la distribution de préservatifs, le traitement et les soins des infections sexuellement transmissibles et des infections opportunistes, le conseil et le dépistage, la prévention de la transmission mère-enfant ; des services de laboratoire ; des services de lutte antituberculeuse et des soins communautaires et à domicile. Le secteur non gouvernemental est aussi un prestataire majeur de services de santé.

Le traitement antirétroviral a été introduit en 2003 et il a été principalement dispensé par le secteur public et les organisations non gouvernementales. Fin 2004, de 6 500 à 8 000 personnes suivaient un traitement antirétroviral. Fin 2006, on estimait qu'il y avait 40 000 (38 000-42 000) personnes sous traitement antirétroviral, soit 14% (10%-19%) des personnes en ayant besoin. Dans le pays, le plan stratégique a identifié 129 centres publics qui seront habilités à fournir un traitement antirétroviral à la fin de 2008. Le nombre de sites du secteur public assurant un traitement antirétroviral est passé de huit à la fin 2003 à 55 en août 2006. La répartition géographique des sites est inégale, avec une concentration dans la région méridionale où se trouve la capitale Maputo.

Le programme national pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant a été lancé en 2000. La couverture des services de PTME demeure faible : seulement 6% (4%-9%) des femmes enceintes séropositives ont reçu une prophylaxie antirétrovirale en 2005. Fin 2005, 74 sites assuraient des services de PTME dans 67 des 146 districts du pays. L'élargissement des services a été plus rapide dans la région centrale, et plus lent dans la région septentrionale.

Les services de conseil et dépistage volontaires ont été introduits dans le secteur public en 2001, et sont passés de 66 sites fin 2003 à 158 sites en septembre 2006, qui couvrent 85 des 146 districts. Une enquête en population réalisée en 2003 a révélé que 4% des hommes et femmes adultes avaient déjà bénéficié d'un dépistage du VIH et en avaient appris le résultat, et que 2% en avaient bénéficié et reçu les résultats dans les 12 mois précédant l'enquête¹⁵⁶. Le dépistage est confidentiel et les patients séropositifs sont orientés vers les centres ambulatoires et des services de soins à domicile basés dans la communauté dans le cadre des réseaux intégrés de santé.

Le problème le plus ardu pour élargir l'accès aux services de VIH/SIDA est la faiblesse des capacités nationales dans le secteur de la santé, tant du point de vue des ressources humaines que des infrastructures. De plus, les centres de soins de santé sont concentrés dans la capitale et ses environs, et ils sont difficiles d'accès depuis les zones rurales éloignées. Le manque d'information sur le VIH et la méconnaissance de l'existence des services de lutte contre le virus représentent également un obstacle à l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins. Une coordination plus étroite est nécessaire entre les prestataires de soins de santé, y compris l'État, le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les groupes confessionnels.

Nigéria

Population totale, 2005 : 131 529 000

Taux de prévalence du VIH/SIDA chez l'adulte, 2003 : 3,7% (2,2%-5,5%) ; 2005 : 3,9% (2,3%-5,6%)

Couverture du traitement antirétroviral, 2003 : 3,3%* ; décembre 2006 : 15% (10%-26%)

Estimation du % de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME, 2005 : <1% (0%-1%)

% de patients tuberculeux ayant bénéficié d'un dépistage du VIH, 2005 : 10,4%

Dépenses totales de santé par habitant (\$ int.), 2003 : 51

Sources : Division de la population de l'ONU, OMS, ONUSIDA, UNICEF

* Sur la base de l'estimation des besoins en antirétroviraux en 2003

Le Nigéria connaît une épidémie généralisée de VIH, qui se propage principalement par voie hétérosexuelle. En 2005, on estimait que 1,7 million à 4,2 millions de personnes vivaient avec le VIH/SIDA. Les taux de prévalence varient entre États, de 10% dans la zone Centre Nord à 8% dans la zone Sud et à moins de 2% dans les zones du sud-ouest et du nord-

¹⁵⁶ Enquête démographique et sanitaire au Mozambique, Institut national de statistique du Mozambique et ORC Macro, 2003.

ouest¹⁵⁷. Les jeunes, en particulier les jeunes femmes, sont particulièrement vulnérables. Les facteurs favorisant la transmission rapide de l'épidémie comprennent : l'usage peu fréquent du préservatif, notamment parmi les populations mobiles, le manque de perception du risque, la médiocrité de l'état de santé de la population et la faiblesse des taux d'alphabétisme, ainsi que la stigmatisation et la discrimination. L'injection de drogues est un mode émergent de transmission du VIH.

Le Nigéria a adopté des objectifs pour progresser vers l'accès universel, conformément à ses engagements régionaux¹⁵⁸, qui visent à assurer, d'ici à 2010, un traitement antirétroviral à 80% des adultes et des enfants présentant une infection avancée par le VIH, et une prophylaxie antirétrovirale à 80% des femmes enceintes séropositives au VIH. Le pays souhaite également garantir que, d'ici à 2010, 80% des personnes, y compris les populations à risque, seront testées pour le VIH et recevront le résultat du test. Ces objectifs ont été intégrés dans le Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2005-2009. La responsabilité de la prestation des services de santé dans le secteur public est partagée entre les autorités fédérales, des États et locales. Les services de santé sont aussi assurés par un vaste secteur privé, des organisations professionnelles, et des prestataires de médecine traditionnelle, souvent mal réglementés.

En 2004, le Nigéria a lancé un plan national pour élargir la prestation du traitement antirétroviral dans le secteur public entre 2005 et 2009. Fin 2004, de 12 000 à 15 000 personnes étaient sous traitement dans le secteur public. Fin 2006, on estimait que quelque 81 000 personnes (75 000-86 000) suivaient un traitement. Néanmoins, ce chiffre correspond à 15% des personnes ayant besoin d'un traitement, et le taux de progression a été plus lent que les projections nationales. Les sites de traitement sont concentrés dans les zones urbaines, les centres de santé manquent de personnel qualifié et, si le traitement est dispensé gratuitement dans les sites du secteur public, le coût des tests diagnostiques demeure élevé et inabordable pour de nombreux patients.

Le programme national de prévention de la transmission mère-enfant a commencé en 2002 sur 11 sites, situés principalement dans des hôpitaux tertiaires. Le nombre de sites est passé à 33 en 2005, avec des services comprenant le dépistage et le conseil des femmes enceintes et une prophylaxie antirétrovirale¹⁵⁹. Les autorités des États et les organisations non gouvernementales soutiennent également un certain nombre de sites, pourtant la couverture demeure très limitée par rapport aux besoins. On estime qu'en 2005, près de 4,4% des femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales étaient infectées par le VIH¹⁶⁰, et moins de 1% (0%-1%) des femmes enceintes séropositives avaient reçu une prophylaxie antirétrovirale.

La connaissance du statut sérologique et la couverture des services de conseil et dépistage du VIH sont également faibles. L'enquête démographique et sanitaire menée en 2003 a révélé que 14% des hommes et 6% des femmes avaient déjà bénéficié d'un dépistage du VIH et en avaient reçu le résultat, et que 6% des hommes et 3% des femmes en avaient bénéficié et reçu les résultats dans les 12 mois précédents¹⁶¹. Parmi les cas de tuberculose diagnostiqués en 2005, 10,4% avaient été testés pour le VIH et sur ce nombre, 17,5% s'étaient révélés séropositifs.

Malgré un engagement politique au plus haut niveau et des activités menées ces dernières années pour élargir la riposte nationale, la couverture des services de santé de base en matière de prévention, de soins et de traitement du VIH demeure limitée. Vaste pays avec une structure administrative complexe, le Nigéria doit organiser une riposte coordonnée aux niveaux fédéral, des États et local. L'infrastructure est inadaptée et les compétences manquent pour assurer les services, en particulier dans les zones rurales. Un autre problème est que l'important secteur privé n'est pas lié au système de santé étatique.

157 ONUSIDA, Le point sur l'épidémie de SIDA, op. cit.

158 Appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme en Afrique, Sommet extraordinaire de l'Union africaine sur le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme, Abuja (Nigéria), 2-4 mai 2006.

159 United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, Nigeria UNGASS Report, 2005, consulté le 30 janvier 2007 à l'adresse : http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_nigeria_en.pdf.

160 UNAIDS, UNICEF, WHO, Children and AIDS: A Stocktaking Report, op. cit.

161 Nigeria Demographic and Health Survey 2003, National Population Commission (NPC) (Nigeria) and ORC Macro, 2004.

République-Unie de Tanzanie

Population totale, 2005 : 38 328 000

Taux de prévalence du VIH chez l'adulte, 2003 : 6,6% (5,9%-7,3%) ; 2005 : 6,5% (5,8%-7,2%)

Couverture du traitement antirétroviral, 2003 : 0,6%* ; décembre 2006 : 18% (15%-23%)

Estimation du % de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME, 2005 : 6% (5%-7%)

% de patients tuberculeux ayant bénéficié d'un dépistage du VIH, 2005 : 3,9%

Dépenses totales de santé par habitant (\$ int.), 2003 : 29

Sources: Division de la population de l'ONU, OMS, ONUSIDA, UNICEF

* Sur la base de l'estimation des besoins en antirétroviraux en 2003

La République-Unie de Tanzanie connaît une épidémie généralisée. En 2005, on a estimé que 1,4 million de personnes (1,3-1,6 million) vivaient avec le VIH/SIDA. La prévalence du VIH a légèrement diminué ces dernières années, de 8,1% en 1995 à 6,5% en 2005. Néanmoins, les niveaux de prévalence sont particulièrement élevés dans certaines zones rurales, et les projections suggèrent que d'ici à 2010, le nombre de nouvelles infections dans les zones rurales, où vivent près des trois quarts de la population du pays, pourrait être deux fois plus élevé que dans les zones urbaines si les efforts de prévention ne sont pas efficaces. L'injection de drogues apparaît également comme une nouvelle cause d'infection au VIH dans le pays¹⁶².

La riposte nationale au VIH/SIDA est guidée par le Cadre stratégique national sur le VIH/SIDA 2003-2007, qui a été complété par une Stratégie du secteur de la santé sur le VIH/SIDA 2003-2006 afin de guider la riposte du secteur de la santé. Avec l'appui de partenaires externes, en 2003, le pays a aussi lancé un Plan opérationnel national de soins et traitement pour le VIH/SIDA 2003-2008 en vue d'élargir l'accès au traitement antirétroviral. Un processus de consultation nationale entrepris en 2006 a identifié les opportunités et les obstacles à l'extension de l'accès aux services du VIH/SIDA et a fixé des objectifs pour les progrès vers l'accès universel. Ces objectifs, qui prévoient de fournir d'ici à 2010 un traitement antirétroviral à 62% des adultes et des enfants présentant une infection à VIH avancée et une prophylaxie antirétrovirale à 100% des femmes enceintes infectées par le VIH, sont intégrés dans le cadre stratégique national. Le système de la santé est majoritairement public et il est complété par des services gérés par des organisations non gouvernementales et le secteur privé.

Le traitement antirétroviral a été introduit dans le secteur public fin 2003, avec l'aménagement de 19 centres de santé habilités à octroyer un traitement. En 2004, le Gouvernement s'est engagé à fournir gratuitement des antirétroviraux dans le secteur public. Le programme de traitement antirétroviral a été étendu progressivement, avec 2 880 personnes traitées fin 2004, dont 880 dans des centres publics, et près de 2 000 dans des centres privés et des projets de recherche. Fin 2005, de 20 000 à 23 000 personnes suivaient un traitement antirétroviral dans des centres privés et publics. L'accès au traitement s'est élargi plus rapidement en 2006, avec quelque 51 000 (48 000-54 000) personnes sous traitement antirétroviral, soit 18% (15%-23%) de celles qui en ont besoin.

Le nombre d'installations proposant des services de prévention de la transmission mère-enfant demeure faible. En 2006, une enquête a examiné la disponibilité de quatre volets des services de PTME : conseil et dépistage pour les femmes enceintes ; prophylaxie antirétrovirale pour les mères et les nouveau-nés, conseils nutritionnels pour le nourrisson ; et conseil ou orientation en matière de planification familiale. Seulement 13% des centres offrant des services liés au VIH/SIDA assuraient l'un de ces quatre éléments de la PTME¹⁶³. Les médicaments antirétroviraux sont fournis à un prix subventionné aux femmes enceintes séropositives, mais le coût pour les patientes reste élevé. En 2005, 6% (5%-7%) des femmes enceintes séropositives avaient reçu une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission du virus à leur enfant.

Les premiers centres de conseil et dépistage volontaires dans le secteur public ont ouvert en 1989. L'enquête de 2006 sur la disponibilité et la qualité des services de santé a révélé que, dans l'ensemble, près de 25% des centres de santé offrant des services liés au VIH/SIDA étaient capables de mener un dépistage du VIH ou de faire réaliser le test ailleurs et d'en obtenir le résultat pour le suivi avec le patient¹⁶⁴. Fin 2005, un total de 527 sites du secteur public assuraient des services de

¹⁶² ONUSIDA, Le point sur l'épidémie de SIDA, op. cit.

¹⁶³ Tanzania Service Provision Assessment Survey 2006, Preliminary Report. National Bureau of Statistics (United Republic of Tanzania) and ORC Macro. 2007.

¹⁶⁴ Op. cit.

conseil et de dépistage volontaires, au moins un dans chaque district¹⁶⁵. Une enquête en population réalisée en 2004 a montré que près de 12% des hommes et des femmes avaient déjà bénéficié d'un dépistage du VIH et en avaient obtenu le résultat, et que 6% des femmes et 7% des hommes en avaient bénéficié dans l'année précédant l'enquête¹⁶⁶.

La couverture des services de VIH/SIDA demeure limitée en raison de plusieurs facteurs, notamment la superficie du pays, le manque d'infrastructure et d'agents de santé formés, particulièrement dans les zones rurales, et le coût élevé des services. Il faut resserrer les liens entre les établissements fournissant différents services pour le VIH/SIDA. La stigmatisation est encore fréquente et elle restreint le nombre de personnes qui ont accès aux services de conseil et de dépistage¹⁶⁷. Les systèmes d'information pour surveiller les progrès et les résultats du programme national doivent être améliorés.

Zimbabwe

Population totale, 2005 : 13 009 000

Taux de prévalence du VIH/SIDA chez l'adulte, 2003 : 22,1% (14,6%-30,4%) ; **2005 : 20,1%** (13,3%-27,6%)

Couverture du traitement antirétroviral, 2003 : 2,1%* ; **décembre 2006 : 15%** (11%-22%)

Estimation du % de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME, 2005 : 9% (6%-15%)

% de malades tuberculeux ayant bénéficié d'un dépistage du VIH, 2005 : non disponible

Dépenses totales de santé par habitant (\$ int.), 2003 : 132

Sources : Division de la population de l'ONU, OMS, ONUSIDA, UNICEF

* Sur la base de l'estimation des besoins en antirétroviraux en 2003

Le Zimbabwe connaît une épidémie généralisée, l'une des plus graves en Afrique subsaharienne. Les données récentes montrent que la prévalence du VIH chez les adultes recule : les taux d'infection parmi les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales sont passés de 30%-32% vers 2000 à 24% en 2004. Les baisses observées semblent être liées à la sensibilisation accrue et aux changements de comportement, comme l'usage plus fréquent du préservatif et la réduction des relations sexuelles occasionnelles avec des partenaires non réguliers ces dernières années^{168, 169}. Néanmoins, le taux de prévalence continue d'être parmi les plus élevés du monde, avec un adulte sur cinq qui vit avec le VIH.

Le Plan national stratégique du Zimbabwe pour la lutte contre le VIH et le SIDA 2006-2010 sert de cadre à l'extension des services dans le pays. Une consultation nationale tenue en 2006 a identifié les opportunités et les obstacles pour élargir l'accès aux services du VIH/SIDA. Il a fixé des objectifs pour progresser vers l'accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement dans le pays, notamment fournir d'ici à 2010 un traitement antirétroviral à 75% des adultes et des enfants présentant une infection à VIH avancée, et une prophylaxie antirétrovirale à 90% des femmes enceintes infectées par le VIH. Les services de santé sont assurés principalement par le secteur public, mais les organisations confessionnelles et le secteur privé dispensent aussi des soins.

En 2002, le Gouvernement a déclaré que le VIH/SIDA et le manque de traitement constituaient une situation d'urgence et il a engagé des fonds pour soutenir l'extension du traitement antirétroviral. Un plan national pour généraliser les services de traitement antirétroviral dans le pays a été lancé en 2004. À la fin de la même année, environ 8 000 personnes suivaient un traitement antirétroviral, dont près de la moitié gratuitement dans 18 centres du secteur public. L'accès au traitement s'est progressivement accru. Fin 2006, environ 52 000 (47 000-56 000) personnes étaient sous traitement antirétroviral ; en septembre 2006, 40 545 d'entre elles étaient soignées dans le secteur public. Néanmoins, la couverture en 2006 est demeurée comprise entre 11 et 22% des personnes en ayant besoin. En janvier 2007, le Gouvernement s'est engagé à tripler le nombre de personnes sous traitement dans les centres de soins publics d'ici à la fin de l'année, afin de soigner 160 000 personnes en ayant besoin.

¹⁶⁵ Follow up to the declaration of commitment on HIV/AIDS (UNGASS), Country Report, United Republic of Tanzania, 2005, consulté le 5 février 2007 à l'adresse : http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_tanzania_en.pdf.

¹⁶⁶ Tanzania Demographic and Health Survey, 2004-05, National Bureau of Statistics (United Republic of Tanzania) and and ORC Macro, 2005.

¹⁶⁷ Follow up to the declaration of commitment on HIV/AIDS (UNGASS), Country Report, United Republic of Tanzania, 2005, consulté le 5 février 2007 à l'adresse : http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_tanzania_en.pdf.

¹⁶⁸ Mahomva A. et al., HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997-2004, Sexually Transmitted Infections, 2006, 82(Suppl. I):136-141.

¹⁶⁹ Gregson S. et al., HIV decline associated with behaviour change in Eastern Zimbabwe, Science, 2006, 311(5761):664-666.

Le programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH a été lancé en 2002 pour fournir gratuitement conseil et dépistage aux femmes enceintes, ainsi qu'une prophylaxie antirétrovirale. On estime qu'en 2005, 9% (6%-15%) des femmes enceintes séropositives avaient reçu une prophylaxie antirétrovirale. Le nombre d'institutions publiques assurant des services de PTME est passé de 69 en 2002 à 800 à la fin de 2004¹⁷⁰. Les services de PTME sont également fournis par le secteur privé.

Les services de conseil et de dépistage volontaires du VIH sont disponibles dans les hôpitaux publics, ainsi que dans des sites propres soutenus par des partenaires nationaux et internationaux. Les données sur le recours au dépistage et sur la connaissance du statut au Zimbabwe sont limitées. La dernière enquête auprès de la population, réalisée en 1999, a étudié la prévalence du VIH et les comportements. Elle a révélé que 12% des femmes et 9% des hommes avaient déjà bénéficié d'un dépistage du VIH¹⁷¹. Une nouvelle enquête réalisée en 2005-2006 sera bientôt achevée. Les données de huit sites de conseil et dépistage volontaires établis par Population Services International en collaboration avec le Ministère de la santé et de la protection de l'enfance, qui ont fonctionné sans interruption de 2000 à 2004, ont montré que le nombre de clients était passé de 9 136 à 59 032 entre ces dates. La prévalence du VIH était plus faible chez les hommes que chez les femmes. La proportion de patients qui ont indiqué qu'ils consultaient pour obtenir un dépistage et des conseils en raison de leur maladie ou de celle de leur partenaire est passée de 7% en 2002 à 24% en 2004, ce qui semble indiquer une prise de conscience de la disponibilité du traitement¹⁷².

L'instabilité économique et la réduction de l'appui international ont affaibli le système de santé du Zimbabwe, ce qui a entravé l'expansion des services de santé pour les activités de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA. Le pays doit faire face à un profond manque de ressources humaines dans le secteur de la santé, aggravé par l'émigration du personnel qualifié dans d'autres pays, et par les conséquences du VIH/SIDA. La hausse des prix et les pénuries de médicaments et de fournitures pour le diagnostic sont d'autres contraintes majeures. La stigmatisation entourant le VIH/SIDA demeure également un obstacle au dépistage et contrarie l'accès à un traitement et des soins efficaces.

170 Follow Up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS), Zimbabwe Country Report 2005, consulté le 1er février 2007 à l'adresse : http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_zimbabwe_en.pdf.

171 Zimbabwe Demographic and Health Survey 1999, Central Statistical Office (Zimbabwe) and Macro International Inc., 2000.

172 UNAIDS, Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, 2005.

ANNEXE 1. ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES SUIVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL ET AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, ET TAUX DE COUVERTURE DANS LES ÉTATS MEMBRES DE L'OMS :
PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE

Pays à revenu faible ou intermédiaire	Région de l'OMS ^a	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral ^b	Mois et année du dernier chiffre rapporté ^c	Augmentation mensuelle moyenne du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral ^d	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2006 ^e			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2006 ^e			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral, décembre 2006 ^f			
					Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute		
Afghanistan	EMR	0	Sept. 06	0	0	<200	<100	<200
Afrique du Sud	AFR	181 754	Sept. 06	11 000	325 000 ^g	287 000 ^g	1 000 000	1 000 000	830 000	1 200 000	33%	27%	39%	
Albanie	EUR	45	Oct. 06	0	<200				
Algérie	AFR	575	Nov. 06	13	600		2 300	4 200	1 200	4 200	25%	14%	49%	
Angola	AFR	5 834	Nov. 06	218	6 000	4 500	66 000	100 000	38 000	100 000	10%	6%	17%	
Antigua-et-Barbuda	AMR	114	Sept. 06	6	<200				
Arabie saoudite	EMR	100	<05	...	<200				
Argentine	AMR	21 732 ^h	Sept. 06	400	33 000 ^h	30 000 ^h	42 000	63 000	25 000	63 000	79%	53%	100%	
Arménie	EUR	44	Sept. 06	0	<200		<200	<200	<200	<1 000	...		2%	
Azerbaïdjan	EUR	5	Nov. 06	0	<200		590	1 100	310	1 100	<1%		2%	
Bangladesh	SEAR	53	Sept. 06	2	<200		1 700	2 600	1 000	2 600	<3%	2%	6%	
Barbade	AMR	601	Sept. 06	6	600		710	1 200	380	1 200	87%	53%	100%	
Bélarus	EUR	453	Nov. 06	30	500		2 400	4 000	1 400	4 000	20%	12%	35%	
Belize	AMR	381	Sept. 06	18	400		680	1 100	360	1 100	59%	36%	100%	
Bénin	AFR	7 417	Nov. 06	217	8 000	5 500	20 000	30 000	12 000	30 000	38%	25%	62%	
Bhoutan	SEAR	13	Déc. 06	1	<200		<100	<200		<200	...			
Bolivie	AMR	260	Août 05	0	300		1 100	1 800	610	1 800	24%	15%	43%	
Bosnie-Herzégovine	EUR	19	Janv. 06	0	<200				
Botswana	AFR	67 500	Sept. 06	2 717	84 000 ⁱ	78 000 ⁱ	84 000	100 000	70 000	100 000	>95%	84%	100%	
Brazil	AMR	180 000	Déc. 06	769	180 000	171 000	210 000	320 000	130 000	320 000	85%	57%	100%	
Bulgarie	EUR	196	Nov. 06	4	200		<500				...			
Burkina Faso	AFR	10 644	Juin 06	405	13 000	12 000	33 000	45 000	23 000	45 000	39%	29%	58%	
Burundi	AFR	7 575	Août 06	179	8 000	7 500	31 000	43 000	16 000	43 000	26%	19%	52%	
Cambodge	WPR	18 256	Sept. 06	651	20 000	19 000	...	36 000 ^j	12 000 ^j	36 000 ^j	...	56%	100%	
Cameroun	AFR	23 838	Juin 06	492	27 000	25 000	110 000	130 000	84 000	130 000	25%	21%	32%	
Cap-Vert	AFR	158	Mai 06	5	200		<500				...			
Chili	AMR	7 324	Nov. 06	33	7 000	5 500	8 900	13 000	5 600	13 000	83%	56%	100%	
Chine	WPR	30 640	Déc. 06	796	31 000	29 000	110 000	170 000	68 000	170 000	27%	18%	46%	
Colombie	AMR	17 500	Sept. 06	208	18 000	13 000	37 000	55 000	23 000	55 000	50%	33%	78%	
Comores	AFR	4	Sept. 06	0	<200		<100	<200		<200	...			

Congo	AFR	2 788	Sept. 05	79	4 000	3 000	5 000	23 000	14 000	35 000	17%	11%	29%
Costa Rica	AMR	7 300	Sept. 06	526	9 000	8 000	10 000	1 900	960	3 300	>95%	95%	100%
Côte d'Ivoire	AFR	27 658	Sept. 06	1 219	31 000	28 000	34 000	110 000	67 000	160 000	28%	19%	47%
Croatie	EUR	306	Déc. 06	4	300		<500	...			...
Cuba	AMR	2 470	Sept. 06	39	3 000	2 500	3 500	1 500	750	2 600	>95%	95%	100%
Djibouti	EMR	578	Nov. 06	20	600		<1 000	3 100	890	6 900	20%	9%	68%
Dominique	AMR	32	Sept. 06	1	<200		<200	...			...
Égypte	EMR	200	Oct. 05	0	200		<500	910	500	1 500	22%	13%	40%
El Salvador	AMR	3 206	Sept. 06	44	3 500	3 000	3 500	8 500	5 400	13 000	39%	26%	62%
Équateur	AMR	1 700	Sept. 06	15	2 000	1 500	2 000	5 200	2 700	9 200	34%	19%	66%
Érythrée	AFR	709	Déc. 06	21	700	500	1 500	12 000	5 900	20 000	8%	5%	16%
Estonie	EUR	392	Nov. 06	7	400		<500	...	900	3 100	...	13%	45%
Éthiopie	AFR	39 984	Sept. 06	3 971	52 000	49 000	54 000	...	84 000	290 000	...	18%	62%
Ex-République yougoslave de Macédoine	EUR	11	Oct. 06	0	<200		<200	...			...
Fédération de Russie	EUR	15 000	Nov. 06	588	16 000	15 500	16 500	140 000	86 000	220 000	11%	7%	18%
Fidji	WPR	...		...	...			<200		<200	...		
Gabon	AFR	4 321	Déc. 05	0	4 500	3 000	5 500	12 000	7 400	18 000	35%	24%	59%
Gambie	AFR	392	Sept. 06	12	400		<500	3 500	1 800	6 000	12%	7%	23%
Géorgie	EUR	214	Oct. 06	5	300		<500	700	360	1 300	32%	18%	62%
Ghana	AFR	9 420	Nov. 06	462	10 000	7 500	12 000	63 000	46 000	79 000	16%	13%	21%
Guatemala	AMR	6 030	Déc. 06	40	6 000	5 500	6 500	12 000	6 900	17 000	52%	35%	88%
Guinée	AFR	1 774	Sept. 05	0	2 000	1 500	2 000	17 000	11 000	24 000	10%	8%	16%
Guinée-Bissau	AFR	266	Août 06	26	400		<500	6 300	3 300	10 000	6%	4%	11%
Guinée équatoriale	AFR	396	Nov. 06	18	400		<1 000	1 800	1 200	2 300	24%	18%	34%
Guyana	AMR	1 579	Sept. 06	67	2 000	1 500	2 500	2 500	960	5 000	72%	36%	100%
Haiti	AMR	8 036	Sept. 06	190	9 000	7 500	9 500	22 000	13 000	33 000	39%	26%	67%
Honduras	AMR	4 444	Sept. 06	15	4 500	4 000	5 000	11 000	6 000	19 000	40%	24%	75%
Hongrie	EUR	402	Janv. 06	3	500		<1 000	...			...
Îles Cook	WPR	...		...	...			...			...
Îles Marshall	WPR	...		...	...			...			...
Îles Salomon	WPR	...		...	...			...			...
Inde	SEAR	55 473	Déc. 06	4 671	95 000 ^k	77 000 ^k	114 000 ^k	...	630 000	1 600 000	...	6%	15%
Indonésie	SEAR	5 136	Déc. 06	122	5 000	4 000	6 500	25 000	15 000	38 000	20%	14%	34%
Iran (République islamique d')	EMR	420	Juin 06	1	500		<1 000	8 400	4 700	14 000	5%	3%	9%
Iraq	EMR	0	Juin 06	0	0			...			0%		

Pays à revenu faible ou intermédiaire	Région de l'OMS ^a	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral ^b	Mois et année du dernier chiffre rapporté ^c	Augmentation mensuelle moyenne du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral ^d	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2006 ^e			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2006 ^e			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral, décembre 2006 ^e							
					Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute						
Jamahiriya arabe libyenne	EMR	450	Déc. 05	0	500	<1 000	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaïque	AMR	2 345	Oct. 06	71	2 500	2 000	2 500	4 500	2 400	7 300	2 400	2 400	56%	34%	100%			
Jordanie	EMR	45	Sept. 06	0	<200	<200	<200	<200	<200	<500	<200	<200	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	EUR	370	Nov. 06	12	400	<500	<500	3 700	1 900	6 700	1 900	1 900	10%	6%	20%			
Kenya	AFR	120 026 ^l	Déc. 06	5 000	125 000 ^l	111 000 ^l	139 000 ^l	290 000	220 000	350 000	220 000	220 000	44%	36%	56%			
Kirghizistan	EUR	43	Nov. 06	0	<200	<200	<200	<500	<500	<1 000	<500	<500	...	...	...	...	...	...
Kiribati (République de)	WPR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Lesotho	AFR	14 579	Août 06	772	18 000	16 000	19 000	57 000	49 000	66 000	49 000	49 000	31%	27%	36%			
Lettonie	EUR	235	Janv. 06	0	300	<500	<500	...	930 ^l	2 400 ^l	930 ^l	930 ^l	...	10%	25%			
Liban	EMR	200	Déc. 05	...	200	<500	<500	<500	<500	<1 000	<500	<500	...	...	>91%			
Libéria	AFR	715	Sept. 06	27	800	<1 000	<1 000	...	...	<1 000 ^l	...	...	...	...	...	...	...	...
Lituanie	EUR	60	Avr. 06	0	<200	<200	<200	...	...	<1 000 ^l	...	...	...	...	30%			
Madagascar	AFR	89	Nov. 06	3	<200	<200	<200	8 100	2 900	18 000	2 900	2 900	1%	<1%	3%			
Malaisie	WPR	2 700	<05	...	2 700	2 500	3 000	12 000	6 400	22 000	6 400	6 400	22%	12%	42%			
Malawi	AFR	69 295	Sept. 06	3 500	81 000	77 000	85 000	190 000	90 000	300 000	90 000	90 000	43%	27%	89%			
Maldives	SEAR	1	Déc. 06	0	<200	<200	<200	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mali	AFR	8 331	Juin 06	259	10 000	7 500	12 000	27 000	18 000	38 000	18 000	18 000	37%	26%	56%			
Maroc	EMR	1 369	Nov. 06	44	1 500	1 000	2 000	3 400	2 200	5 100	2 200	2 200	41%	28%	65%			
Maurice	AFR	120	Sept. 05	0	<200	<200	<200	<200	<200	<500	<200	<200	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	AFR	400	Sept. 05	0	400	<500	<500	2 400	1 500	3 600	1 500	1 500	17%	11%	26%			
Mexique	AMR	35 000	Déc. 06	313	35 000	26 000	44 000	46 000	26 000	76 000	26 000	26 000	76%	46%	100%			
Micronésie (États fédérés de)	WPR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Moldova	EUR	339	Oct. 06	12	400	<500	<500	...	2 500 ^l	7 300 ^l	2 500 ^l	2 500 ^l	...	5%	15%			
Mongolie	WPR	1	Nov. 06	...	<200	<200	<200	<100	...	<200	<100	<100	...	...	...	...	...	...
Monténégro	EUR	18	Janv. 06	...	<200	<200	<200	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	AFR	34 172	Sept. 06	1 879	40 000	38 000	42 000	280 000	200 000	380 000	200 000	200 000	14%	10%	20%			
Myanmar	SEAR	4 845	Sept. 06	150	5 000	4 000	6 500	76 000	40 000	130 000	40 000	40 000	7%	4%	13%			
Namibie	AFR	26 300 ^m	Sept. 06	1 278	32 000 ^m	30 000 ^m	34 000 ^m	45 000	21 000	73 000	21 000	21 000	71%	44%	100%			
Nauru	WPR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Népal	SEAR	472	Sept. 06	19	500	<1 000	<1 000	13 000	7 100	21 000	7 100	7 100	4%	2%	7%			

Nicaragua	AMR	289	Sept. 06	14	300	<500	940	520	1 500	35%	21%	64%
Niger	AFR	822	Sept. 06	24	900	<1 000	16 000	7 300	28 000	6%	3%	12%
Nigéria	AFR	67 062	Sept. 06	2 882	81 000 ⁿ	86 000 ⁿ	550 000	310 000	840 000	15%	10%	26%
Nioué	WPR	...		...	...		...			...
Oman	EMR	225	Janv. 06	0	200	<500	...			...
Ouzbékistan	EUR	163	Janv. 06	5	200	<500	...	1 800 ^j	6 400 ^j	...	3%	12%
Pakistan	EMR	164	Nov. 06	3	<200	<200	12 000	6 600	20 000	<1%		3%
Palao	WPR	...		...	...		...			...
Panama	AMR	2 893	Sept. 06	14	3 000	3 000	4 200	2 700	6 200	70%	47%	100%
Papouasie-Nouvelle-Guinée	WPR	701	Août 06	21	800	<1 000	9 800	5 500	16 000	8%	5%	14%
Paraguay	AMR	1 018	Sept. 06	42	1 100	1 500	1 800	920	3 200	64%	36%	100%
Pérou	AMR	8 859	Nov. 06	223	9 000	11 000	18 000	11 000	28 000	50%	33%	83%
Philippines	WPR	140	Avr. 06	5	200	<500	1 900	1 100	2 800	10%	6%	16%
Pologne	EUR	2 721	Mai 06	31	3 000	3 500	...	...		...
République arabe syrienne	EMR	60	Déc. 05	0	<200	<200	...			...
République centrafricaine	AFR	2 860	Nov. 06	120	3 000	3 500	49 000	21 000	79 000	6%	4%	14%
République démocratique du Congo	AFR	18 059	Sept. 06	947	21 000	22 000	200 000	100 000	330 000	11%	6%	20%
République démocratique populaire lao	WPR	370	Juin 06	...	400	<500	<500		<1 000	...		
République dominicaine	AMR	5 001	Déc. 06	201	5 000	5 500	14 000	10 000	17 000	37%	30%	48%
République populaire démocratique de Corée	SEAR	...		...	...		...			...
République tchèque	EUR	580	Avr. 06	0	600	<1 000	...			...
République-Unie de Tanzanie	AFR	46 124	Oct. 06	2 415	51 000	54 000	280 000	220 000	350 000	18%	15%	23%
Roumanie	EUR	6 846	Déc. 06	37	7 000	7 500	...		...	...
Rwanda	AFR	29 946	Sept. 06	1 233	34 000	36 000	48 000	31 000	60 000	72%	57%	100%
Sainte-Lucie	AMR	45	Sept. 06	0	<200	<200	...			...
Saint-Kitts-et-Nevis	AMR	38	Sept. 06	1	<200	<200	...			...
Saint-Vincent-et-Grenadines	AMR	74	Sept. 06	2	<200	<200	...			...
Samoa	WPR	...		...	...		...			...
Sao Tomé-et-Principe	AFR	17	Mar 05	...	<200	<200	...			...
Sénégal	AFR	4 200	Déc. 05	0	4 000	5 500	12 000	6 100	20 000	34%	21%	69%
Serbie	EUR	600	Mai 06	7	700	<1 000	...			...
Seychelles	AFR	43	Sept. 05	0	<200	<200	...			...
Sierra Leone	AFR	1 178	Nov. 06	88	1 300	1 500	9 400	5 200	15 000	14%	8%	24%
Slovaquie	EUR	52	Janv. 06	0	<200	<200	...			...
Somalie	EMR	49	Oct. 06	1	<200	<200	8 800	4 200	17 000	<1%		1%
Soudan	EMR	731	Sept. 06	5	800	<1 000	66 000	34 000	110 000	1%	<1%	2%
Sri Lanka	SEAR	56	Déc. 06	2	<200	<200	710	420	1 100	<8%	5%	13%
Suriname	AMR	622	Sept. 06	21	700	<1 000	740	390	1 200	93%	56%	100%
Swaziland	AFR	17 160	Oct. 06	667	18 000	20 000	44 000	28 000	62 000	42%	30%	66%
Tadjikistan	EUR	26	Nov. 06	1	<200	<200	500		<1 000	<5%		10%

Pays à revenu faible ou intermédiaire	Région de l'OMS ^a	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral ^b	Mois et année du dernier chiffre rapporté ^c	Augmentation mensuelle moyenne du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral ^d	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2006 ^e			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2006 ^e			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral, décembre 2006 ^f		
					Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	
Tchad	AFR	5 000	Sept. 05	0	5 000	4 000	6 500	36 000	17 000	65 000	14%	8%	30%
Thaïlande	SEAR	89 496 ^o	Déc. 06	1 900	112 000 ^o	81 000 ^o	143 000 ^o	130 000	67 000	210 000	88%	54%	100%
Timor-Leste	SEAR	0	Déc. 06	0	0			...			0%		
Togo	AFR	5 600	Sept. 05	0	6 000	4 000	7 000	23 000	13 000	36 000	24%	16%	44%
Tonga	WPR	...		...	...			...			...
Trinité-et-Tobago	AMR	2 517	Déc. 05	5	3 000	2 000	3 000	5 700	3 000	9 400	45%	28%	86%
Tunisie	EMR	40	Sept. 06	0	<200		<200	...			...
Turkménistan	EUR	0	Janv. 06	0	0			<100		<200	...		
Turquie	EUR	750	Nov. 06	45	800		<1 000	...			...
Tuvalu	WPR	...		...	...			...			...
Uganda	AFR	89 193	Sept. 06	2 367	96 000	91 000	101 000	230 000	140 000	320 000	41%	30%	69%
Ukraine	EUR	4 767	Déc. 06	131	5 000	4 500	5 500	...	P		...		
Uruguay	AMR	1 425	Sept. 06	2	1 500	1 500	2 000	2 800	1 500	5 100	51%	28%	98%
Vanuatu	WPR	2	Oct. 06	0	<200		<200	...			...
Venezuela (République bolivarienne du)	AMR	15 417	Déc. 05	100	17 000	12 000	21 000	23 000	12 000	42 000	71%	40%	100%
Viet Nam	WPR	6 564	Sept. 06	250	7 000	6 500	7 500	42 000	25 000	63 000	17%	12%	29%
Yémen	EMR	0	Sept. 06	0	0			...			0%		
Zambie	AFR	71 529 ^q	Sept. 06	2 567	81 000 ^q	76 000 ^q	86 000 ^q	230 000	180 000	280 000	35%	29%	45%
Zimbabwe	AFR	40 545	Sept. 06	1 746	52 000	47 000	56 000	350 000	230 000	480 000	15%	11%	22%

ANNEXE 1. ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES SUIVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL ET AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, ET TAUX DE COUVERTURE DANS LES ÉTATS MEMBRES DE L'OMS : PAYS À REVENU ÉLEVÉ

Pays à revenu élevé	Région de l'OMS ^a	Nombre de personnes déclarées suivant un traitement antirétroviral ^b	Mois et année du dernier chiffre rapporté ^c	Augmentation mensuelle moyenne du nombre de personnes suivies ^d	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2006 ^e			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2006 ^e			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral, décembre 2006 ^f		
					Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	
Allemagne	EUR	26 600	Juin 06	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Andorre	EUR	29	Juil. 06	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Australie	WPR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Autriche	EUR	2 101	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas	AMR	2 090	Sept. 06	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahreïn	EMR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Belgique	EUR	6 073	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Brunéï Darussalam	WPR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Canada	AMR	21 000	Sept. 06	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Chypre	EUR	126	<05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Danemark	EUR	2 764	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Émirats arabes unis	EMR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Espagne	EUR	75 000	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
États-Unis d'Amérique	AMR	268 000	<05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Finlande	EUR	1 020	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
France	EUR	58 000	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Grèce	EUR	3 130	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenade	AMR	33	Sept. 06	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Irlande	EUR	1 600	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Islande	EUR	65	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Israël	EUR	2 046	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Italie	EUR	75 000	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	WPR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Koweït	EMR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Luxembourg	EUR	304	Avr. 06	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malte	EUR	48	Avr. 06	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Monaco	EUR	45	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Norvège	EUR	900	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	WPR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Pays-Bas	EUR	6 734	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Pays à revenu élevé	Région de l'OMS ^a	Nombre de personnes déclarées traitées antirétroviraux ^b	Mois et année du dernier chiffre rapporté ^c	Augmentation mensuelle moyenne du nombre de personnes suivant un	Estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral, décembre 2006 ^d			Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2006 ^e			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral, décembre 2006 ^f			
					Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	
														Estimation
Portugal	EUR	9 000	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	EMR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République de Corée	WPR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Royaume-Uni	EUR	36 000	Juin 06	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Marin	EUR	18	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Singapour	WPR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Slovenie	EUR	140	Mai 06	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Suède	EUR	2 500	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Suisse	EUR	8 800	Déc. 05	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

... Données non disponibles ou sans objet.

^a L'Organisation mondiale de la Santé a 193 États membres qui sont groupés dans six régions. Le tableau est formé de deux sections. La section présentant les données pour les pays à revenu faible ou intermédiaire comprend des données pour 154 États membres de l'OMS. AFR: Région OMS de l'Afrique ($n = 46$); AMR: Région OMS des Amériques ($n = 31$); EMR: Régions OMS de la Méditerranée orientale ($n = 17$); EUR: Région OMS de l'Europe ($n = 28$); SEAR: Région OMS de l'Asie du Sud-Est ($n = 11$); WPR: Région OMS du Pacifique occidental ($n = 21$). L'autre section du tableau comprend des données pour 39 pays à revenu élevé. De plus en plus de pays indiquent le nombre d'enfants âgés de moins de 15 ans qui reçoivent un traitement antirétroviral, et ceux-ci ont été inclus dans ce tableau. Pour une ventilation des données sur le traitement antirétroviral par âge et par sexe, voir l'annexe 2.

^b <05 signifie que des données existent, mais qu'aucune mise à jour n'a été reçue depuis décembre 2004. Ces données doivent être interprétées avec prudence, car elles peuvent refléter la situation au début de 2004 ou même en 2003.

^c L'augmentation mensuelle du nombre de personnes sous traitement antirétroviral au cours, le plus souvent, des six derniers mois de 2006, se calcule en prenant deux chiffres récents en 2006 aussi distants que possible et en appliquant une projection linéaire pour chaque mois jusqu'en décembre 2006. À l'exception de l'Argentine, de l'Inde et du Kenya, le taux de croissance mensuelle calculé ne s'applique qu'à la croissance du secteur public. Les besoins ont été estimés selon les méthodes décrites à l'annexe 2. Les estimations pour des pays données peuvent varier en fonction de la méthode employée.

^d L'estimation de la couverture est basée sur l'estimation non arrondie du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral et de l'estimation non arrondie des besoins en traitements antirétroviraux. Les marges dans les estimations de la couverture sont basées sur les limites de plausibilité dans le dénominateur, c'est-à-dire les estimations basses et hautes des besoins. Aucune couverture n'a été calculée quand les besoins ont été estimés à moins de 500.

^e Inclut une estimation de 110 000 dans le secteur privé. Les autorités sanitaires nationales font état d'un chiffre cumulé de 213 828 pour le secteur public en septembre 2006. L'OMS/ONUSIDA ont ajusté les chiffres du secteur public pour tenir compte de la déperdition.

^f Le programme national de lutte contre le SIDA a notifié le nombre de 21 732 patients pour le secteur public en septembre 2006. On estime que quelque 32 000 personnes suivaient un traitement antirétroviral en septembre 2006, y compris celles qui suivaient un traitement dans le secteur privé. Inclut une estimation de 8 500 pour le secteur privé. Les autorités sanitaires nationales ont déclaré près de 67 500 personnes pour le secteur public en septembre 2006.

^g L'estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral est en cours de révision et sera ajusté, selon que de besoin, sur la base des nouvelles données recueillies en 2006. Les analyses préliminaires indiquent que le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral est compris dans cette fourchette. L'ONUSIDA et l'OMS publieront les nouvelles estimations sur leurs sites Internet dès qu'elles seront disponibles.

^h Le Gouvernement a rapporté que 55 473 personnes suivaient un traitement antirétroviral dans 111 sites du secteur public en décembre 2006. Environ 15 000 suivaient un traitement dans 9 sites gérés par des ONG et dans des centres privés. Environ 25 000 personnes supplémentaires suivaient un traitement antirétroviral dans le secteur privé informel. On estime au total que 95 000 [77 000 - 114 000] personnes suivaient un traitement antirétroviral à la fin de 2006, y compris les personnes inscrites dans des établissements privés.

ⁱ On estime que 120 000 personnes reçoivent un traitement antirétroviral dans le secteur public et que 5 000 le font dans le secteur privé, sur la base des chiffres communiqués par le Ministère de la santé. Le Ministère namibien de la santé et des services sociaux estime que plus de 26 000 personnes suivaient un traitement antirétroviral dans les établissements publics à la fin de septembre 2006. On estime que 2 000 personnes suivaient un traitement antirétroviral dans le secteur privé en 2006.

^j Inclut une estimation de 5 000 dans le secteur privé.

^k Le Ministère thaïlandais de la santé estime que le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral dans le secteur privé représente 25% du nombre des patients sous traitement dans le secteur public.

^l L'estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral est en cours de révision et sera ajusté, selon que de besoin, sur la base des nouvelles données recueillies en 2006.

^m Les autorités sanitaires nationales ont rapporté que plus de 71 500 personnes suivaient un traitement antirétroviral dans le secteur public en septembre 2006. On estime que 2 000 personnes supplémentaires suivaient un traitement antirétroviral dans des établissements privés.

ANNEXE 2. NOMBRE DÉCLARÉ D'HOMMES ET DE FEMMES ADULTES (ÂGÉS DE PLUS DE 15 ANS) ET D'ENFANTS SUIVANT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, ESTIMATION DU NOMBRE D'ADULTES ET D'ENFANTS AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL, ET TAUX DE COUVERTURE DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE^a

Pays	Région de l'OMS ^b	Mois et année du dernier chiffre rapporté	Nombre déclaré d'hommes et de femmes adultes suivant un traitement antirétroviral				Nombre déclaré d'adultes et d'enfants suivant un traitement antirétroviral				
			Hommes (+ 15 ans)	% du total	Femmes (+ de 15 ans)	% du total	Adultes (+ de 15 ans)	% du total	Enfants (< de 15 ans)	% du total	Total
Afghanistan	EMR	Sept. 06	0		0		0		0		0
Afrique du Sud	AFR	Sept. 06	49 030	30%	114 403	70%	163 433	90%	18 318	10%	181 750
Albanie	EUR	Déc. 05	...		...		...		5 ^e	...	
Algérie	AFR	...	...		...		...		...
Angola	AFR	Déc. 05	...		...		...		438 ^e	...	
Antigua-et-Barbuda	AMR	Sept. 06	...		...		112	98%	2	2%	114
Arabie saoudite	EMR	...	...		...		...		...
Argentine	AMR	Sept. 06 ^f	12 532	63%	7 280	37%	19 812	91%	1 920	9%	21 732
Arménie	EUR	Sept. 06	32	78%	9	22%	41	93%	3	7%	44
Azerbaïdjan	EUR	...	...		...		...		...
Bangladesh	SEAR	...	...		...		...		...
Barbades	AMR	Sept. 06	322	55%	261	45%	583	97%	18	3%	601
Bélarus	EUR	Janv. 06 ^g	52	60%	35	40%	87	73%	32	27%	119
Belize	AMR	Sept. 06	...		...		348	91%	33	9%	381
Bénin	AFR	...	...		...		...		...
Bhoutan	SEAR	...	...		...		...		...
Bolivie	AMR	...	...		...		...		...
Bosnie-Herzégovine	EUR	Janv. 06	14	74%	5	26%	19	100%	0	0%	19
Botswana	AFR	Sept. 06	21 254	35%	39 487	65%	60 741	90%	6 750	10%	67 491
Brésil	AMR	Déc. 06	104 310	61%	66 690	39%	171 000	95%	9 000	5%	180 000
Bulgarie	EUR	Janv. 06 ^g	96	63%	57	37%	153	98%	3	2%	156
Burkina Faso	AFR	Juin 06	...		...		10 181	96%	463	4%	10 644
Burundi	AFR	Déc. 05 ^g	1 915	34%	3 718	66%	5 633	83%	1 137	17%	6 770
Cambodge	WPR	Sept. 06	8 383	51%	7 996	49%	16 685	91%	1 571	9%	18 256
Cameroun	AFR	Juin 06	7 886	34%	15 228	66%	23 114	97%	724	3%	23 838
Cap-Vert	AFR	Mai 06	52	38%	86	62%	138	87%	20	13%	158
Chili	AMR	...	...		...		...		...
Chine	WPR	Déc. 06	16 565	55%	13 553	45%	30 118	98%	522	2%	30 640
Colombie	AMR	...	...		...		...		...
Comores	AFR	Déc. 05	...		...		...		1 ^e	...	
Congo	AFR	Déc. 05	...		...		...		13 ^e	...	
Costa Rica	AMR	Sept. 06	5 300	73%	2 000	27%	...		...		7 300 ⁱ
Côte d'Ivoire	AFR	Sept. 06 ^f	6 915	35%	12 824	65%	19 739	94%	1 184	6%	20 923
Croatie	EUR	Janv. 06 ^g	207	80%	53	20%	260	100%	0	0%	260
Cuba	AMR	Sept. 06	2 013	82%	441	18%	2 454	99%	16	1%	2 470
Djibouti	EMR	Juin 06 ^g	216	50%	213	50%	429	98%	10	2%	439
Dominique	AMR	...	...		...		...		...
Égypte	EMR	...	...		...		...		...
El Salvador	AMR	Sept. 06	1 602	54%	1 364	46%	2 966	93%	240	7%	3 206
Équateur	AMR	Sept. 06	1 190	70%	510	30%	...		...		1 700 ⁱ
Érythrée	AFR	Déc. 05	...		...		...		54 ^e	...	
Estonie	EUR	Janv. 06 ^g	173	71%	69	29%	242	95%	13	5%	255
Éthiopie	AFR	Sept. 06	18 836	49%	19 604	51%	38 440	96%	1 560	4%	40 000
Ex-République yougoslave de Macédoine	EUR	Oct. 06	7	64%	4	36%	11	100%	0	0%	11
Fédération de Russie	EUR	Janv. 06 ^g	...		...		4 520	93%	330	7%	4 850
Fidji	WPR	...	...		...		...		...		...
Gabon	AFR	Déc. 05	...		...		...		268 ^e	...	
Gambie	AFR	Déc. 05	...		...		...		2 ^e	...	
Géorgie	EUR	Oct. 06	148	72%	58	28%	206	96%	8	4%	214
Ghana	AFR	Juin 06 ^g	2 781	60%	1 854	40%	4 635	95%	246	5%	4 881

Estimation du nombre d'adultes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2006 ^e			Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2006 ^e			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les adultes (+ de 15 ans) basée sur le dernier chiffre rapporté, 2006 ^d			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants (< de 15 ans) basée sur le dernier chiffre rapporté, 2006 ^d		
Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
<100		<200	<100		<200	...			...
910 000	780 000	1 000 000	86 000	43 000	130 000	18%	16%	21%	21%	14%	42%
...				
2 200	1 200	3 700	<200		<500	...			...
52 000	31 000	75 000	14 000	6 000	24 000	...			3%	2%	7%
...				
...				
40 000	24 000	59 000	2 200	810	4 600	50%	33%	82%	86%	42%	100%
<500		<1000	<100		<200	...			...
580	300	980	<100		<200	...			...
1 600	1 000	2 500	<100		<200	...			...
710	380	1 100	<100		<200	83%	53%	100%	...		
2 400	1 400	3 800	<100		<200	4%	2%	6%	...		
650	350	1 000	<100		<200	54%	34%	99%	...		
17 000	11 000	24 000	3 000	1 200	5 600	...			...
<100		<200	<100		<200	...			...
1 000	570	1 600	<100		<200	...			...
...				
77 000	65 000	87 000	7 100	3 300	13 000	79%	69%	93%	95%	53%	100%
210 000	130 000	310 000	5 000	1 800	10 000	83%	56%	100%	>95%	87%	100%
...				
28 000	20 000	35 000	5 600	2 500	9 200	37%	29%	51%	8%	5%	19%
24 000	12 000	31 000	6 900	2 500	11 000	23%	18%	49%	16%	10%	46%
... ^h	11 000 ^h	32 000 ^h	... ^h	660 ^h	3 300 ^h	...	53%	100%	...	48%	100%
92 000	77 000	110 000	14 000	7 300	21 000	25%	22%	30%	5%	3%	10%
...				
8 700	5 600	13 000	<200		<500	...			...
110 000	67 000	160 000	3 100	1 100	6 300	27%	18%	45%	17%	8%	47%
35 000	23 000	52 000	1 300	460	3 000	...			...
<100		<200	<100		<200	...			...
18 000	11 000	27 000	4 800	2 000	8 600	...			<1%		1%
1 800	920	3 000	<200		<500	>95%		100%	...		
95 000	58 000	130 000	17 000	7 900	30 000	21%	15%	34%	7%	4%	15%
...				
1 400	740	2 400	<100		<200	>95%		100%	...		
2 600	760	5 600	<500		<1 000	16%	8%	57%	...		
...				
870	490	1 400	<100		<200	...			...
7 600	4 900	11 000	890	330	2 100	39%	27%	61%	27%	11%	73%
4 500	2 300	7 600	660	140	2 400	38%	22%	74%	...		
9 300	4 900	15 000	2 300	840	4 600	...			2%	1%	6%
... ^h	900 ^h	2 900 ^h	... ^h	<100 ^h	<200 ^h	...	8%	27%	...	16%	100%
... ^h	69 000 ^h	230 000 ^h	... ^h	12 000 ^h	61 000 ^h	...	17%	56%	...	3%	13%
...				
140 000	86 000	210 000	2 000	740	4 200	3%	2%	5%	16%	8%	45%
<100		<200	<100		<200	...			...
11 000	6 700	16 000	1 400	660	2 400	...			19%	11%	41%
3 000	1 600	4 800	550	220	1 100	...			<1%		1%
690	360	1 200	<100		<200	21%	18%	57%	...		
55 000	42 000	66 000	8 300	4 000	13 000	9%	7%	11%	3%	2%	6%

Pays	Région de l'OMS ^b	Mois et année du dernier chiffre rapporté	Nombre déclaré d'hommes et de femmes adultes suivant un traitement antirétroviral				Nombre déclaré d'adultes et d'enfants suivant un traitement antirétroviral				
			Hommes (+ 15 ans)	% du total	Femmes (+ de 15 ans)	% du total	Adultes (+ de 15 ans)	% du total	Enfants (< de 15 ans)	% du total	Total
Guatemala	AMR	Déc. 06	...		...		5 218	87%	812	13%	6 030
Guinea-Bissau	AFR	...	...		...		...		...
Guinée	AFR	Déc. 05	...		...		...		50 ^e	...	
Guinée équatoriale	AFR	...	...		...		...		...
Guyana	AMR	Sept. 06	656	46%	774	54%	1 430	91%	137	9%	1 567
Haïti	AMR	Sept. 06	3 237	43%	4 360	57%	7 597	95%	439	5%	8 036
Honduras	AMR	Sept. 06	1 810	47%	2 046	53%	3 856	87%	588	13%	4 444
Hongrie	EUR	Janv. 06	350	88%	47	12%	397	99%	5	1%	402
Îles Cook	WPR	...	...		...		...		...
Îles Marshall	WPR	...	...		...		...		...
Îles Salomon	WPR	...	...		...		...		...
Inde	SEAR	Nov. 06	35 097	67%	17 286	33%	52 383	94%	3 090	6%	55 473
Indonésie	SEAR	Déc. 05	...		...		...		1 ^e	...	
Iran (République islamique d')	EMR	Déc. 05	...		...		...		20 ^e	...	
Iraq	EMR	...	...		...		...		...
Jamahiriya arabe libyenne	EMR	...	...		...		...		...
Jamaïque	AMR	Oct. 06	...		...		2 122	90%	223	10%	2 345
Jordanie	EMR	Sept. 06	35	83%	7	17%	42	93%	3	7%	45
Kazakhstan	EUR	Déc. 05	...		...		...		52 ^e	...	
Kenya	AFR	Sept. 06 ^g	27 901	35%	52 902	65%	80 803	92%	7 042	8%	87 845
Kirghizistan	EUR	Nov. 06	37	93%	3	7%	40	93%	3	7%	43
Kiribati (République de)	WPR	...	...		...		...		...
Lesotho	AFR	Août 06	...		...		13 722	94%	857	6%	14 579
Lettonie	EUR	Janv. 06	158	70%	68	30%	225	96%	10	4%	235
Liban	EMR	...	...		...		...		...
Libéria	AFR	Déc. 05	...		...		...		0 ^e	...	
Lituanie	EUR	Janv. 06 ^g	45	82%	10	18%	55	100%	0	0%	55
Madagascar	AFR	Déc. 05	...		...		...		1 ^e	...	
Malaisie	WPR	...	...		...		...		...
Malawi	AFR	Juin 06 ^g	20 650	38%	33 204	62%	53 853	94%	3 513	6%	57 366
Maldives	SEAR	...	...		...		...		...
Mali	AFR	Déc. 05	...		...		...		0 ^e	...	
Maroc	EMR	...	...		...		...		...
Maurice	AFR	...	...		...		...		...
Mauritanie	AFR	Déc. 05	...		...		...		6 ^e	...	
Mexique	AMR	...	...		...		...		...
Micronésie (États fédérés de)	WPR	...	...		...		...		...
Moldova	EUR	Oct. 06 ^f	164	54%	142	46%	306	96%	13	4%	319
Mongolie	WPR	...	...		...		...		...
Monténégro (République du)	EUR	Janv. 06	14	82%	3	18%	17	94%	1	6%	18
Mozambique	AFR	Sept. 06	12 716	41%	18 360	59%	31 076	91%	2 924	9%	34 000
Myanmar	SEAR	Déc. 05	...		...		...		136 ^e	...	
Namibie	AFR	Sept. 06	7 372	32%	15 454	68%	22 826	87%	3 502	13%	26 328
Nauru	WPR	...	...		...		...		...
Népal	SEAR	...	...		...		...		...
Nicaragua	AMR	Sept. 06	198	76%	62	24%	260	90%	29	10%	289
Niger	AFR	Déc. 05	...		...		...		22 ^e	...	
Nigéria	AFR	Sept. 06 ^f	17 692	38%	29 118	62%	46 810	93%	3 280	7%	50 090
Nioué	WPR	...	...		...		...		...
Oman	EMR	Janv. 06	...		...		200	89%	25	11%	225

Estimation du nombre d'adultes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2006 ^e			Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2006 ^e			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les adultes (+ de 15 ans) basée sur le dernier chiffre rapporté, 2006 ^d			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants (< de 15 ans) basée sur le dernier chiffre rapporté, 2006 ^d		
Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
9 900	6 000	15 000	1 600	580	3 300	56%	35%	86%	51%	25%	100%
5 000	2 700	7 800	1 300	530	2 600	...			...
14 000	10 000	19 000	2 600	1 300	3 900	...			2%	1%	4%
1 400	1 000	1 800	<500		<1 000	...			...
2 300	920	4 600	<200		<500	61%	31%	100%	...		
19 000	11 000	28 000	2 800	1 200	5 100	39%	27%	67%	16%	9%	35%
9 600	5 200	15 000	1 700	690	3 400	40%	26%	74%	34%	17%	85%
...				
...				
...				
...				
... ^h	610 000 ^h	1 500 000 ^h	... ^h	17 000 ^h	94 000 ^h	...	4%	9%	...	3%	19%
24 000	15 000	36 000	870	310	1 800	...			<1%		1%
8 100	4 600	13 000	<500		<1 000	...			...
...				
...				
4 400	2 400	6 800	<200		<500	49%	31%	90%	...		
<200		<500	<100		<200	...			...
3 500	1 800	5 900	<500		<1 000	...			...
240 000	200 000	280 000	44 000	20 000	77 000	33%	29%	41%	16%	9%	36%
<500		<1 000	<100		<200	...			...
...				
51 000	46 000	55 000	6 000	3 000	9 900	27%	25%	30%	14%	9%	28%
... ^h	940 ^h	2 300 ^h	... ^h	<100 ^h	<200 ^h	...	10%	24%	...		
<500		<1 000	<100		<200	...			...
...				
... ^h	<200 ^h	<1 000 ^h	... ^h	<100 ^h	<200 ^h	...			...
7 400	2 700	15 000	770	230	2 000	...			<1%		1%
12 000	6 200	20 000	520	110	1 900	...			...
160 000	84 000	250 000	23 000	8 300	41 000	33%	22%	64%	15%	9%	42%
...				
22 000	15 000	28 000	5 500	2 600	8 600	...			...
3 300	2 100	4 900	<200		<500	...			...
<200		<500	<100		<200	...			...
2 000	1 300	2 900	<500		<1 000	...			...
44 000	25 000	69 000	2 500	730	7 200	...			...
...				
... ^h	2 400 ^h	6 700 ^h	... ^h	<200 ^h	<500 ^h	...	5%	13%	...		
<100		<200	<100		<200	...			...
...				
250 000	190 000	310 000	34 000	17 000	53 000	12%	10%	16%	9%	6%	17%
74 000	40 000	120 000	2 500	990	4 900	...			5%	3%	14%
40 000	19 000	63 000	4 900	1 800	9 400	57%	36%	100%	71%	37%	95%
...				
12 000	6 900	19 000	680	200	1 900	...			...
880	500	1 400	<100		<200	30%	19%	52%	...		
13 000	6 200	20 000	3 600	1 400	7 100	...			1%	<1%	2%
460 000	270 000	650 000	98 000	44 000	170 000	10%	7%	17%	3%	2%	8%
...				
...				

Pays	Région de l'OMS ^b	Mois et année du dernier chiffre rapporté	Nombre déclaré d'hommes et de femmes adultes suivant un traitement antirétroviral				Nombre déclaré d'adultes et d'enfants suivant un traitement antirétroviral				
			Hommes (+ 15 ans)	% du total	Femmes (+ de 15 ans)	% du total	Adultes (+ de 15 ans)	% du total	Enfants (< de 15 ans)	% du total	Total
Ouganda	AFR	Sept. 06 ^f	15 369	33%	30 577	67%	45 946	89%	5 800	11%	51 746
Ouzbékistan	EUR	...	...		...		...		...
Pakistan	EMR	...	...		...		...		...
Palaos	WPR	...	...		...		...		...
Panama	AMR	Sept. 06	...		...		2 726	94%	167	6%	2 893
Papouasie-Nouvelle-Guinée	WPR	Août 06 ^f	183	49%	188	51%	371	100%	1	0%	372
Paraguay	AMR	Sept. 06	472	55%	386	45%	858	84%	160	16%	1 018
Pérou	AMR	Sept. 06 ^g	...		...		7 822	97%	242	3%	8 064
Philippines	WPR	...	...		...		...		...
Pologne	EUR	...	...		...		...		...
République arabe syrienne	EMR	...	...		...		...		...
République centrafricaine	AFR	Sept. 05 ^g	503	39%	791	61%	1 294	89%	160	11%	1 454
République démocratique du Congo	AFR	Sept. 06	8 325	48%	9 184	52%	17 509	97%	550	3%	18 059
République démocratique populaire lao	WPR	Déc. 05	...		...		...		3 ^e	...	
République dominicaine	AMR	Déc. 06	...		...		4 624	92%	377	8%	5 001
République populaire démocratique de Corée	SEAR	...	...		...		...		...
République tchèque	EUR	Janv. 06 ^g	440	80%	110	20%	550	99%	4	1%	554
République-Unie de Tanzanie	AFR	Oct. 06	15 091	36%	26 829	64%	41 920	91%	4 204	9%	46 124
Roumanie	EUR	Janv. 06 ^g	3 055	51%	2 944	49%	5 999	94%	401	6%	6 400
Rwanda	AFR	Sept. 06	9 367	34%	18 183	66%	27 550	92%	2 396	8%	29 946
Sainte-Lucie	AMR	...	...		...		...		...
Saint-Kitts-et-Nevis	AMR	...	...		...		...		...
Saint-Vincent-et-Grenadines	AMR	...	...		...		...		...
Samoa	WPR	...	...		...		...		...
Sao Tome-et-Principe	AFR	Déc. 05	...		...		...		2 ^e	...	
Sénégal	AFR	Déc. 05	...		...		...		126 ^e	...	
Serbie	EUR	Janv. 06 ^g	340	64%	190	36%	530	96%	20	4%	550
Seychelles	AFR	...	...		...		...		...
Sierra Leone	AFR	Déc. 05	...		...		...		23 ^e	...	
Slovaquie	EUR	Janv. 06 ^f	41	85%	7	15%	48	100%	0	0%	48
Somalie	EMR	Oct. 06	20	41%	29	59%	49	98%	1	2%	50
Soudan	EMR	Déc. 05	...		...		...		0 ^e	...	
Sri Lanka	SEAR	...	...		...		...		...
Suriname	AMR	Sept. 06	...		...		562	90%	60	10%	622
Swaziland	AFR	Oct. 06	6 607	42%	9 124	58%	15 731	92%	1 429	8%	17 160
Tadjikistan	EUR	...	...		...		...		...
Tchad	AFR	Déc. 05	...		...		...		7 ^e	...	
Thaïlande	SEAR	Nov. 06 ^g	...		...		73 363	92%	6 637	8%	80 000
Timor-Leste	SEAR	Déc. 06	0		0		0		0		0
Togo	AFR	Déc. 05	...		...		...		101 ^e	...	
Tonga	WPR	...	...		...		...		...
Trinité-et-Tobago	AMR	...	...		...		...		...
Tunisie	EMR	Janv. 06	28	67%	14	33%	42	86%	7	14%	49
Turkménistan	EUR	...	...		...		...		...
Turquie	EUR	...	...		...		...		...

Estimation du nombre d'adultes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2006 ^c			Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2006 ^c			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les adultes (+ de 15 ans) basée sur le dernier chiffre rapporté, 2006 ^d			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants (< de 15 ans) basée sur le dernier chiffre rapporté, 2006 ^d		
Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
190 000	120 000	230 000	42 000	17 000	66 000	24%	20%	38%	14%	9%	35%
...	1 800 ^h	5 800 ^h	...	<200 ^h	<500 ^h	...			...
11 000	6 300	18 000	670	190	1 900	...			...
...				
3 600	2 300	5 200	610	230	1 500	76%	52%	100%	27%	12%	74%
8 500	4 800	14 000	1 300	380	3 800	4%	3%	8%	<1%		1%
1 700	860	2 800	<200		<500	52%	31%	99%	...		
18 000	11 000	26 000	740	270	1 500	44%	30%	73%	33%	16%	90%
1 800	1 100	2 600	<200		<500	...			...
...				
...				
41 000	17 000	64 000	8 000	3 100	15 000	3%	2%	7%	2%	1%	5%
160 000	80 000	250 000	44 000	20 000	81 000	11%	7%	22%	1%	<1%	3%
<500		<1 000	<100		<200	...			...
13 000	9 700	15 000	950	420	1 600	37%	30%	48%	40%	23%	89%
...				
...				
240 000	200 000	280 000	41 000	21 000	65 000	18%	15%	21%	10%	6%	20%
...				
41 000	27 000	47 000	6 900	3 300	11 000	68%	59%	100%	35%	21%	73%
...				
...				
...				
...				
...				
11 000	5 500	17 000	1 800	620	3 500	...			7%	4%	20%
...				
...				
7 400	4 400	11 000	2 000	860	3 600	...			1%	<1%	3%
...				
7 100	3 500	13 000	1 700	720	3 600	1%	<1%	1%	<1%		1%
56 000	30 000	94 000	9 900	3 900	19 000	...			0%		
690	420	1 000	<100		<200	...			...
730	400	1 200	<100		<200	77%	49%	100%	...		
39 000	25 000	52 000	5 300	2 600	9 300	40%	30%	62%	27%	15%	54%
<500		<1 000	<100		<200	...			...
29 000	14 000	51 000	6 900	2 600	14 000	...			<1%		1%
120 000	66 000	190 000	4 100	1 600	7 900	60%	38%	100%	>95%	84%	100%
...				
19 000	11 000	28 000	3 800	1 700	6 800	...			3%	2%	6%
...				
5 400	3 000	8 500	<500		<1 000	...			...
...				
<100		<200	<100		<200	...			...
...				

Pays	Région de l'OMS ^b	Mois et année du dernier chiffre rapporté	Nombre déclaré d'hommes et de femmes adultes suivant un traitement antirétroviral				Nombre déclaré d'adultes et d'enfants suivant un traitement antirétroviral				
			Hommes (+ 15 ans)	% du total	Femmes (+ de 15 ans)	% du total	Adultes (+ de 15 ans)	% du total	Enfants (< de 15 ans)	% du total	Total
Tuvalu	WPR	...	...		...		...		...
Ukraine	EUR	Sept. 06 ^g	1 889	55%	1 531	45%	3 419	86%	547	14%	3 966
Uruguay	AMR	Sept. 06	...		...		1 355	95%	70	5%	1 425
Vanuatu	WPR	Oct. 06	...		...		2	100%	0	0%	2
Venezuela (République bolivarienne du)	AMR	Mai 05 ^g	8 239	75%	2 711	25%	10 950	96%	489	4%	11 439
Viet Nam	WPR	Sept. 06 ^f	2 516	79%	680	21%	3 196	91%	336	10%	3 532
Yémen	EMR	Sept. 06	0		0		0		0		0
Zambie	AFR	Sept. 06	25 726	39%	39 657	61%	65 383	91%	6 146	9%	71 529
Zimbabwe	AFR	Juin 06 ^g	10 560	40%	15 767	60%	26 327	91%	2 610	9%	28 937

... Données non disponibles ou sans objet.

- ^a Tous les pays sauf Europe occidentale et Australie, Bahamas, Bahreïn, Brunéi Darussalam, Canada, Chypre, Émirats arabes unis, États-Unis d'Amérique, Grenade, Israël, Japon, Koweït, Nouvelle-Zélande, Qatar, République de Corée et Singapour.
- ^b Ce tableau comprend 154 États membres de l'OMS. AFR: Région OMS de l'Afrique ($n = 46$); AMR: Région OMS des Amériques ($n = 31$); EMR: Région OMS de la Méditerranée orientale ($n = 17$); EUR: Région OMS de l'Europe ($n = 28$); SEAR: Région OMS de l'Asie du Sud-Est ($n = 11$); WPR: Région OMS du Pacifique occidental ($n = 21$)).
- ^c Les besoins ont été estimés selon les méthodes décrites à l'annexe 2. Les estimations pour des pays donnés peuvent varier en fonction de la méthode employée.
- ^d L'estimation de la couverture est basée sur le nombre déclaré de personnes qui suivent un traitement antirétroviral et sur l'estimation non arrondie des besoins en traitement antirétroviraux. Les fourchettes dans les estimations de la couverture sont basées sur les limites de plausibilité dans le dénominateur, c'est-à-dire des estimations basse et haute. La couverture n'a pas été calculée quand les besoins sont estimés à moins de 500.
- ^e Les données disponibles les plus récentes sont tirées du document: UNAIDS/UNICEF/WHO. *Children and AIDS: A stocktaking report*. New York, 2007.
- ^f Les données ventilées les plus récentes se rapportent à des ensembles de données partiels et ne sont pas représentatives des données à l'échelle nationale. Voir annexe 1 pour les données à l'échelle nationale.
- ^g Les dernières données ventilées disponibles ne sont pas aussi récentes que les données les plus récentes disponibles au niveau national. Voir annexe 1 pour les données les plus récentes rapportées au niveau national.
- ^h L'estimation du nombre de personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral est en cours de révision et sera ajustée, selon que de besoin, sur la base des nouvelles données recueillies en 2006. Les analyses préliminaires semblent montrer que le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral est compris dans ces fourchettes. L'ONUSIDA et l'OMS publieront les nouvelles estimations sur leur site Internet dès qu'elles seront disponibles.
- ⁱ Les chiffres correspondant aux enfants n'ont pas été rapportés séparément et sont supposés être inclus dans les chiffres correspondant aux adultes.
- ^j L'estimation du nombre de personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral est en cours de révision et sera ajustée, selon que de besoin, sur la base des nouvelles données recueillies en 2006.

Estimation du nombre d'adultes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2006 ^c			Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2006 ^c			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les adultes (+ de 15 ans) basée sur le dernier chiffre rapporté, 2006 ^d			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants (< de 15 ans) basée sur le dernier chiffre rapporté, 2006 ^d		
Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
...				
... ^j			... ^j			...			...
2 800	1 500	4 800	<100		<200	48%	28%	92%	...		
...				
23 000	12 000	38 000	700	150	2 500	48%	29%	93%	70%	19%	100%
40 000	24 000	60 000	2 100	770	4 300	8%	5%	13%	16%	8%	44%
...				
190 000	160 000	210 000	41 000	21 000	63 000	34%	31%	41%	15%	10%	29%
310 000	200 000	410 000	45 000	18 000	85 000	9%	6%	13%	6%	3%	14%

NOTES EXPLICATIVES POUR LES ANNEXES 1 ET 2

Les méthodes permettant d'estimer le nombre des personnes sous traitement, les besoins en traitements et la couverture ont été décrites ailleurs¹. La même méthode a été employée pour le présent rapport, à ceci près que l'OMS a demandé des mises à jour pour tous les pays. L'annexe 1 présente l'élargissement national du traitement antirétroviral dans les pays pour tous les groupes d'âge. De plus, pour la première fois, une annexe de ce rapport donne des chiffres sur l'accès au traitement antirétroviral ventilés par sexe et par âge: (adultes: groupe d'âge de plus de 15 ans; enfants: groupe d'âge de moins de 15 ans) (voir annexe 2).

Estimation du nombre de personnes, tous âges confondus, qui suivent un traitement antirétroviral

L'estimation actuelle du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral se fonde sur les derniers rapports reçus soit du ministère de la santé, soit du bureau de l'OMS ou de l'ONUSIDA dans le pays, ou de toute autre source fiable dans le pays, par exemple des partenaires bilatéraux, des fondations et des organisations non gouvernementales qui sont d'importants prestataires de services de traitement. L'OMS et l'ONUSIDA ont collaboré avec les pays pour tenter d'obtenir dans la mesure du possible des données sur les nombres de personnes sous traitement au niveau des établissements de soin. Les estimations comportent une certaine marge d'erreur pour les pays qui n'ont pas encore établi de systèmes pour notifier régulièrement les nombres de nouveaux individus sous traitement, les taux d'observance, les perdus de vue et les décès. Une source particulière d'incertitude tient au fait que, dans certains cas, les chiffres communiqués par les pays ne distinguent pas entre ceux qui ont un jour entamé un traitement antirétroviral et ceux qui sont encore sous traitement (c'est-à-dire qui continuent de prendre leurs médicaments). La différence entre ces deux chiffres représente les déperditions liées à l'interruption du traitement, à la disparition du suivi ou au décès.

Une autre source d'incertitude tient à la difficulté de mesurer l'étendue de la pratique des traitements dans le secteur privé. De nombreuses personnes obtiennent leurs médicaments dans des pharmacies locales ou des consultations privées qui ne transmettent pas d'information par les canaux officiels. Certaines entreprises privées disposent de programmes qui appuient les traitements des salariés atteints d'un SIDA avancé, mais ces programmes omettent parfois de notifier leurs données aux autorités de santé publique.

Une troisième source d'incertitude provient du décalage dans le temps entre le rapport au niveau mondial, arrêté en décembre 2006, et celui au niveau des pays, qui s'appuie le plus souvent sur une date antérieure. Compte tenu de la progression rapide des chiffres dans de nombreux pays, on a dû estimer les augmentations mensuelles et les projeter à décembre 2006. Par conséquent, les estimations en fin d'année se fondent sur de simples projections linéaires des chiffres rapportés, en employant la tendance actuelle comme indicateur de croissance.

Le présent rapport donne une estimation du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral en décembre 2006 pour 154 pays à revenu faible ou intermédiaire. Sur ce total, 16 pays disposaient de données pour décembre 2006, par conséquent, il n'a pas été nécessaire de procéder à une extrapolation. D'autre part, 81 pays ont fourni des données à jour en septembre 2006 ou plus tard, et il a donc fallu procéder à une projection de un à trois mois jusqu'en décembre 2006. Ensemble, ces 97 pays représentent 93% de l'estimation totale des personnes suivant un traitement antirétroviral en décembre 2006. Parmi les pays restants, 24 ont fourni des données à jour pour un mois compris entre janvier et août 2006, et les données ont été extrapolées² jusqu'en décembre 2006. Pour 18 pays qui ne disposaient de chiffres que pour 2005, aucune projection n'a été réalisée, sauf pour quatre pays qui ont mis à jour, en 2006, leurs données pour 2005. Enfin, 12 pays ne disposaient pas de données.

Le rapport donne également les données les plus récentes sur le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu élevé. Aucune projection jusqu'en décembre 2006 n'a été faite pour ces pays puisque les données précédentes ne sont pas disponibles en nombre suffisant pour permettre une extrapolation.

En raison des incertitudes que présentent les estimations globales par pays, le tableau indique les marges d'incertitude des estimations en décembre 2006 du nombre de personnes sous traitement. Pour les données rapportées par les pays pour le secteur public, on a retenu des marges d'incertitude de 5% à 25%, en fonction de la fiabilité du système de suivi et de la complétude des données rapportées³. Les mêmes marges d'incertitude ont été retenues pour les pays rapportant des données pour les secteurs public et privé confondus. Pour les données du secteur privé, qui ont été rapportées séparément par un nombre limité de pays, les marges d'incertitude employées vont de 10% à 40%. Les chiffres sur le secteur privé sont donnés dans les notes de bas de page de l'annexe 1.

Le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique d'aide à la lutte contre le SIDA et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme sont les principaux bailleurs de fonds des programmes de traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ces deux initiatives viennent en aide à plus de la moitié du nombre total des personnes suivant un traitement tel qu'il est rapporté par les pays à l'OMS. L'OMS et l'ONUSIDA emploient les chiffres du Plan d'urgence et du Fonds mondial pour vérifier par croisement les chiffres par pays.

¹ Boerma TJ et al., Monitoring the scale-up of antiretroviral therapy programmes: methods to estimate coverage, Bulletin of the World Health Organization, 2006, 84:145-150.

² Op. Cit.

³ Op. Cit.

Estimation du nombre d'enfants (âgés de moins de 15 ans) qui suivent un traitement antirétroviral

Le nombre d'enfants suivant un traitement antirétroviral a été rapporté en employant deux méthodes.

En premier lieu, des données ont été recueillies par un questionnaire sur la transmission mère-enfant et les soins pédiatriques du VIH envoyé conjointement par l'UNICEF et l'OMS, avec le concours des membres du Groupe spécial interagences sur la prévention de la transmission mère-enfant. L'enquête a été réalisée par le biais des bureaux de pays de l'UNICEF et les données ont été recueillies auprès des ministères de la santé et des conseils nationaux de lutte contre le SIDA. Soixante-neuf pays ont donné des informations sur le nombre d'enfants suivant un traitement antirétroviral, ce qui a permis de dégager des progrès fin 2005. Ces données ont été publiées récemment dans un rapport conjoint OMS/ONUSIDA/UNICEF⁴.

En deuxième lieu, pendant la seconde moitié de 2006, l'OMS, par le truchement de ses bureaux nationaux et régionaux, et en collaboration avec l'ONUSIDA et l'UNICEF, a recueilli des données pour 2006 auprès des ministères de la santé et des conseils nationaux de lutte contre le SIDA afin de surveiller les progrès de la riposte du secteur de la santé au VIH/SIDA en vue de l'accès universel. L'Organisation a reçu 96 réponses.

Ces deux ensembles de données ont été consolidés et le nombre le plus récent rapporté est présenté à l'annexe 2 pour 102 pays.

Une croissance mensuelle a été calculée pour les 46 pays où des données étaient disponibles pour décembre 2005 et le plus récent rapport pour un mois de 2006 quel qu'il soit. Ces 46 pays représentent 98% du nombre total déclaré d'enfants suivant un traitement en 2006. Les projections du nombre d'enfants sous traitement antirétroviral en décembre 2006 ont également été réalisées par pays, sur la base de ces deux ensembles de données. Elles sont présentées au niveau régional dans le tableau 2 du rapport.

Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral

L'ONUSIDA et l'OMS ont mis au point une méthodologie uniforme pour estimer l'ampleur et l'évolution de l'épidémie de SIDA, qui fournit également des estimations des nombres de personnes vivant avec le VIH, de nouvelles infections à VIH et de nouveaux décès dus au SIDA⁵. Ces méthodes sont utilisées pour estimer le nombre d'adultes ayant besoin d'un traitement compte tenu de la maturité de l'épidémie. Dans une épidémie récente en expansion, la proportion des personnes vivant avec le VIH/SIDA qui ont besoin d'entamer un traitement sera plus faible que dans une épidémie mûre ou en déclin.

Étant donné qu'un nombre croissant de pays sont désormais en mesure de fournir des données chiffrées sur le traitement des enfants de moins de 15 ans, ce rapport indique les besoins en traitements ventilés : groupe d'âge de moins de 15 ans, groupe d'âge de plus de 15 ans et tous groupes d'âges confondus. Les estimations pour le groupe d'âge 0-15 ans ont été effectuées en collaboration avec l'UNICEF.

L'OMS recommande que dans les pays à ressources limitées, les adultes et les enfants infectés par le VIH entament un traitement antirétroviral dès que l'infection est confirmée et qu'il existe des signes d'un stade clinique avancé⁶. Le nombre des personnes atteintes d'une infection avancée par le VIH qui ont besoin d'entamer un traitement est estimé en supposant que, sans accès à un traitement antirétroviral, la durée entre le moment où ces personnes auraient dû commencer un traitement et le décès est d'environ deux ans. Ce paramètre est actuellement en révision. À mesure que de nouvelles données et des analyses deviendront disponibles à l'avenir, les paramètres seront modifiés pour les estimations futures.

Le nombre total des personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral se calcule en additionnant le nombre de personnes ayant besoin d'entamer un traitement antirétroviral au nombre de personnes qui suivaient un traitement au cours de l'année précédente et qui ont survécu dans l'année en cours. On estime à l'heure actuelle que près de 90% des personnes sous traitement survivront jusqu'à l'année suivante, en fonction de la date du début du traitement, de l'observance du patient, des phénomènes de résistance aux médicaments, de la qualité de la prise en charge clinique et d'autres facteurs.

Couverture du traitement antirétroviral

Pour l'annexe 1, le taux de couverture est obtenu en divisant le nombre estimé de personnes suivant un traitement antirétroviral en décembre 2006 par le nombre estimé de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral en 2006. Pour l'annexe 2, le numérateur pour calculer le taux de couverture est le dernier chiffre rapporté du nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral en 2005 ou en 2006 pour les groupes d'âge de moins de 15 ans et de plus de 15 ans. Le dénominateur est le nombre estimé de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral en 2006 pour les groupes d'âge de moins de 15 ans et de plus de 15 ans. Les marges autour des taux de couverture sont fondées sur les marges d'incertitude relatives aux estimations du nombre d'adultes et d'enfants ayant besoin d'un traitement⁷.

4 UNAIDS, UNICEF, WHO, Children and AIDS: A Stocktaking Report, op. cit.

5 ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006, op. cit. ; et Sexually Transmitted Infections, 2006, vol 82, suppl III.

6 WHO, Antiretroviral Therapy for HIV infection in adults and adolescents in resource-limited settings: towards Universal Access: Recommendations for a public health approach, World Health Organization, Geneva, 2006 revision; et WHO, Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access: Recommendations for a public health approach, World Health Organization, Geneva, 2006.

7 Morgan M. et al., Improved plausibility bounds about the 2005 HIV and AIDS estimates, Sexually Transmitted Infections, 2006, vol 82 (suppl III): iii71-iii77.

ANNEXE 3. PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE^{a,b}

Pays	Région OMS ^c	Couverture des soins prénatals, 1997-2005 ^d	Estimation du nombre de naissances vivantes, 2005 (milliers)	Estimation du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH, 2005			Nombre déclaré de femmes enceintes séropositives qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME décembre 2005	Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME, 2005 ^e		
				Estimation basse	Estimation haute	Estimation		Estimation basse	Estimation haute	
Afghanistan	EMR	16%	1 441	<100	<100	...	...	...	...	...
Afrique du Sud	AFR	92%	1 082	250 000	230 000	280 000	75 077	30%	27%	33%
Albanie	EUR	91%	53	...	...	...	...	...	...	...
Algérie	AFR	81%	684	<500	<200	1 000	...	...	...	...
Angola	AFR	66%	767	33 000	18 000	52 000	367	1%	<1%	2%
Antigua-et-Barbuda	AMR	100%	2	...	...	...	...	...	...	...
Arabie saoudite	EMR	90% ^f	671	...	...	...	...	...	...	...
Argentine	AMR	98%	687	2 400	1 200	4 200	2 088	87%	50%	100%
Arménie	EUR	93%	34	<100	...	<100	...	...	...	...
Azerbaïdjan	EUR	70%	134	<100	<200	<200	...	...	...	...
Bangladesh	SEAR	49%	3 747	<200	<100	<500	...	...	...	...
Barbade	AMR	100%	3	<100	<100	<100	...	...	...	...
Bélarus	EUR	100%	91	<200	<100	<500	119 ^f	...	...	...
Belize	AMR	96%	7	<100	<200	<200	38	...	...	...
Bénin	AFR	81%	348	7 300	4 000	11 000	1 214	17%	11%	31%
Bhoutan	SEAR	51%	64	<100	<100	<100	...	...	...	...
Bolivie	AMR	79%	265	<500	<100	510	...	...	...	...
Bosnie-Herzégovine	EUR	99%	36	...	...	...	...	...	...	...
Botswana	AFR	97%	45	14 000	12 000	16 000	7 543	54%	46%	60%
Brésil	AMR	97%	3 726	14 000	7 200	25 000	6 771	48%	27%	94%
Bulgarie	EUR	...	67	...	...	...	...	...	...	...
Burkina Faso	AFR	73%	617	15 000	9 400	20 000	937	6%	5%	10%
Burundi	AFR	78%	347	16 000	13 000	18 000	524	3%	<3%	4%
Cambodge	WPR	38%	429	6 500	3 100	11 000	228	4%	2%	7%
Cameroun	AFR	83%	563	35 000	32 000	38 000	3 592	10%	9%	11%
Cap-Vert	AFR	99%	15	...	...	...	12	...	...	...
Chili	AMR	95% ^f	249	<500	<200	770	...	...	...	...
Chine	WPR	90%	17 310	7 500	3 900	13 000	135	2%	1%	3%
Colombie	AMR	94%	968	3 100	1 700	6 700	...	...	...	...
Comores	AFR	74%	28	<100	<100	<100	...	...	...	...

Congo	AFR	88%	177	11 000	6 100	17 000	1 093	10%	7%	18%
Costa Rica	AMR	92%	79	<200	<100	<500	...	...
Côte d'Ivoire	AFR	88%	665	57 000	32 000	86 000	2 543	4%	3%	8%
Croatie	EUR	...	41	...	...	...	...	...
Cuba	AMR	100%	134	<200	<100	<500	...	...
Djibouti	EMR	67%	27	1 200	<500	2 600	16	1%	<1%	5%
Dominique	AMR	100%	2	...	...	...	...	...
Égypte	EMR	70%	1 909	...	...	...	...	...
El Salvador	AMR	86%	166	800	<500	1 700	144	18%	8%	34%
Équateur	AMR	84%	295	1 000	<500	3 400	223	22%	7%	51%
Érythrée	AFR	70%	170	5 100	2 500	8 700	88	2%	1%	4%
Estonie	EUR	...	...	...	...	...	...	...
Éthiopie	AFR	28%	3 104	...	32 000	120 000	2 341	...	2%	7%
Ex-République yougoslave de Macédoine	EUR	81%	23	...	...	...	...	...
Fédération de Russie	EUR	...	1 540	6 800	3 500	12 000	5 709	84%	48%	100%
Fidji	WPR	...	19	<100	...	<100	...	...
Gabon	AFR	94%	42	3 600	1 900	5 600	90	3%	2%	5%
Gambie	AFR	91%	52	1 400	660	2 600	87	6%	3%	13%
Géorgie	EUR	95%	49	<100	...	<200	15	...		
Ghana	AFR	92%	683	19 000	16 000	22 000	1 078	6%	5%	7%
Guatemala	AMR	84%	437	2 100	1 100	3 700	200	10%	5%	19%
Guinée	AFR	82%	387	6 800	5 400	7 900	77	1%	<1%	2%
Guinée équatoriale	AFR	86%	22	810	660	950	...	...
Guinée-Bissau	AFR	62%	79	3 600	1 700	6 000	...	...
Guyana	AMR	81%	15	<500	<200	770	112	...		
Haiti	AMR	79%	255	12 000	6 100	18 000	800	7%	5%	13%
Honduras	AMR	83%	206	1 700	800	2 800	198	12%	7%	25%
Hongrie	EUR	...	...	...	...	...	...	...
Îles Cook	WPR	...	...	...	...	...	...	...
Îles Marshall	WPR	...	2	...	...	...	...	...
Îles Salomon	WPR	...	15	...	...	...	...	...
Inde	SEAR	60%	25 926	130 000	68 000	240 000	2 279	2%	1%	3%
Indonésie	SEAR	92%	4 495	2 000	1 000	3 500	4	<1%		<1%
Iran (République islamique d')	EMR	77%	1 348	700	<500	1 900	...	...
Iraq	EMR	77%	978	...	...	...	...	...

Pays	Région OMS ²	Couverture des soins prénatals, 1997-2005 ³	Estimation du nombre de naissances vivantes, 2005 (milliers)	Estimation du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH, 2005			Nombre déclaré de femmes enceintes séropositives qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME décembre 2005	Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME, 2005 ⁴		
				Estimation	Estimation basse	Estimation haute		Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Jamahiriya arabe libyenne	EMR	81% †	136	...	...	...	...	...	...	...
Jamaïque	AMR	98%	52	<500	...	300	...	...	...	...
Jordanie	EMR	99%	150	<100	...	<100	...	...	...	...
Kazakhstan	EUR	91%	237	<500	<200	47	...	...	...	...
Kenya	AFR	88%	1 361	99 000	85 000	19 403	20%	17%	23%	...
Kirghizistan	EUR	97%	116	<100	...	<200	...	...	...	...
Kiribati (République de)	WPR	88% †	2	...	...	...	...	...	...	...
Lesotho	AFR	90%	50	15 000	15 000	16 000	12%	11%	13%	...
Lettonie	EUR	...	...	...	...	<200	...	...	...	...
Liban	EMR	96%	66	<100	...	<200	...	...	...	...
Libéria	AFR	85%	167	...	...	130	...	...	...	...
Lituanie	EUR	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Madagascar	AFR	80%	712	2 000	620	5 000	<1%	...	1%	...
Malaisie	WPR	74%	547	1 400	580	4 500	10%	3%	24%	...
Malawi	AFR	92%	555	89 000	39 000	140 000	6%	4%	13%	...
Maldives	SEAR	81%	10	...	...	...	...	...	...	...
Mali	AFR	57%	661	13 000	9 900	16 000	3%	2%	4%	...
Maroc	EMR	68%	717	<500	<200	680	...	...	...	...
Maurice	AFR	...	20	<100	...	<200	...	...	...	...
Mauritanie	AFR	64%	126	1 000	550	2 200	1%	<1%	2%	...
Mexique	AMR	86% †	2 172	2 400	1 100	6 100	...	...	...	...
Micronésie (États fédérés de)	WPR	...	3	...	...	...	...	...	...	...
Moldova	EUR	98%	43	520	<500	1 300	6%	...	13%	...
Mongolie	WPR	94%	58	<100	...	<100	...	...	...	...
Monténégro (République du)	EUR	...	10 800	...	...	6	...	...	...	...
Mozambique	AFR	85%	773	150 000	92 000	200 000	6%	4%	9%	...
Myanmar	SEAR	76%	976	7 700	3 700	13 000	8%	5%	17%	...
Namibie	AFR	91%	56	14 000	5 800	24 000	29%	17%	69%	...
Nauru	WPR	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Népal	SEAR	28%	787	1 700	780	4 200	...	...	...	...

Nicaragua	AMR	86%	154	<200	<100	<500	29	...	<1%	2%
Niger	AFR	41%	750	9 200	3 700	17 000	57	1%	<1%	2%
Nigéria	AFR	58%	5 377	250 000	130 000	380 000	532	<1%		1%
Nioué	WPR	...	...	...			...	...
Oman	EMR	100%	64	...			...	...
Ouganda	AFR	92%	1 468	110 000	97 000	130 000	12 073	11%	10%	12%
Ouzbékistan	EUR	97%	615	<500	<200	1 000	...	...
Pakistan	EMR	36%	4 773	1 700	800	4 300	...	...
Palaos	WPR	...	...	...			...	...
Panama	AMR	72%	70	<500	<200	670	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	WPR	78% [†]	174	3 700	1 700	9 200	46	1%	<1%	3%
Paraguay	AMR	94%	177	<500	<200	1 200	47	...		
Pérou	AMR	92%	628	2 100	1 100	3 600	188	9%	5%	18%
Philippines	WPR	88%	2 018	<500	<200	550	...	...
Pologne	EUR	...	...	...			...	...
République arabe syrienne	EMR	71%	532	...			...	...
République centrafricaine	AFR	62%	150	19 000	7 500	32 000	803	4%	3%	11%
République démocratique du Congo	AFR	68%	2 873	99 000	47 000	160 000	1 725	2%	1%	4%
République démocratique populaire lao	WPR	27%	205	<100		<500	11	...		
République dominicaine	AMR	99%	211	2 500	2 100	2 900	676	27%	23%	32%
République populaire démocratique de Corée	SEAR	...	342	...			...	...
République tchèque	EUR	...	...	...			...	...
République-Unie de Tanzanie	AFR	78%	1 408	110 000	98 000	120 000	6 202	6%	5%	7%
Roumanie	EUR	94%	211	<100		<100	21	...		
Rwanda	AFR	94%	375	16 000	15 000	17 000	5 782	36%	34%	38%
Sainte-Lucie	AMR	48%	3	...			...	...
Saint-Kitts-et-Nevis	AMR	100%	1	...			...	...
Saint-Vincent-et-Grenadines	AMR	99%	2	...			...	...
Samoa	WPR	...	5	...			...	...
Sao Tomé-et-Principe	AFR	91%	5	...			8	...		
Sénégal	AFR	79%	423	4 600	1 900	8 100	57	1%	<1%	3%
Serbie	EUR	...	...	...			6	...		
Seychelles	AFR	...	3	...			...	...
Sierra Leone	AFR	68%	252	4 800	2 700	7 300	57	1%	<1%	2%
Slovaquie	EUR	...	...	...			...	...

Pays	Région OMS ²	Couverture des soins prénatals, 1997-2005 ³	Estimation du nombre de naissances vivantes, 2005 (milliers)	Estimation du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH, 2005			Nombre déclaré de femmes enceintes séropositives qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME décembre 2005	Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME, 2005 ⁴		
				Estimation	Estimation basse	Estimation haute		Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Somalie	EMR	32%	366	4 400	2 100	8 400	...	...	...	...
Soudan	EMR	60%	1 166	23 000	10 000	42 000	41	<1%	<1%	1%
Sri Lanka	SEAR	100%	329	<100	...	<100	...	...	...	...
Suriname	AMR	91%	9	<100	...	<200	33 ^f	...	...	...
Swaziland	AFR	90%	29	14 000	7 800	20 000	4 780	34%	24%	62%
Tadjikistan	EUR	71%	185	<100	...	<200	4	12%	4%	29%
Tchad	AFR	39%	471	19 000	8 500	33 000	193	1%	<1%	2%
Thaïlande	SEAR	92%	1 009	...	5 600 ^h	6 400 ^h	5 358 ⁱ	...	83% ^h	95% ^h
Timor-Leste	SEAR	61%	49	...	...	...	...	...	...	...
Togo	AFR	85%	236	9 200	4 600	14 000	720	8%	5%	16%
Tonga	WPR	...	2	...	...	...	...	...	...	...
Trinité-et-Tobago	AMR	92%	19	640	<500	1 100	...	...	...	...
Tunisie	EMR	92%	166	<200	<100	<500	...	...	...	...
Turkménistan	EUR	98%	108	<100	...	<100	...	...	...	...
Turquie	EUR	81%	1 500	...	...	...	...	...	...	...
Tuvalu	WPR	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ukraine	EUR	...	392	2 400	1 300	4 300	2 168	90%	50%	100%
Uruguay	AMR	94%	57	<500	<200	950	...	...	...	...
Vanuatu	WPR	...	6	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela (République bolivarienne du)	AMR	94%	593	2 300	970	7 600	...	...	...	...
Viet Nam	WPR	86%	1 648	5 500	2 800	9 800	368	7%	4%	13%
Yémen	EMR	41%	845	...	...	...	...	...	...	...
Zambie	AFR	93%	472	97 000	90 000	100 000	14 071	15%	14%	16%
Zimbabwe	AFR	93%	384	98 000	57 000	140 000	8 461	9%	6%	15%

... Données non disponibles ou sans objet

- ^a Tous les pays sauf Europe occidentale et Australie, Bahamas, Bahrein, Brunéi Darussalam, Canada, Chypre, Émirats arabes unis, États-Unis d'Amérique, Grenade, Israël, Japon, Koweït, Nouvelle-Zélande, Qatar, République de Corée et Singapour.
- ^b Voir la note explicative relative à la présente annexe pour les définitions des indicateurs et pour une explication des méthodes employées.
- ^c Ce tableau comprend 154 États membres de l'OMS. AFR: Région OMS de l'Afrique ($n = 46$); AMR: Région OMS des Amériques ($n = 31$); EMR: Région OMS de la Méditerranée orientale ($n = 17$); EUR: Région OMS de l'Europe ($n = 28$); SEAR: Région OMS de l'Asie du Sud-Est ($n = 11$); WPR: Région OMS du Pacifique occidental ($n = 21$).
- ^d Les données se rapportent à l'année la plus récente disponible au cours de la période indiquée dans le titre de la colonne.
- ^e L'estimation de la couverture est calculée en divisant le nombre de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME par l'estimation arrondie du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH. Les fourchettes dans les estimations de la couverture sont basées sur les limites de plausibilité dans le dénominateur, c'est-à-dire l'estimation basse ou haute du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH. La couverture n'a pas été calculée quand le nombre de femmes enceintes infectées par le VIH est estimé à moins de 500.
- ^f Les données se rapportent à des années ou des périodes autres que celles qui sont précisées dans le titre de la colonne, différent de la définition type ou ne concernent qu'une partie du pays.
- ^g En juin 2006, la République du Monténégro s'est séparée de l'Union étatique de Serbie-et-Monténégro, et a été admise en tant qu'État Membre de l'Organisation des Nations Unies le 28 juin 2006. Par conséquent, on ne dispose pas encore de données ventilées pour le Monténégro et la Serbie en tant qu'États séparés. Les données globales présentées concernent la Serbie et le Monténégro avant leur séparation.
- ^h La Thaïlande enregistre une couverture très élevée de soins prénatals et presque toutes les femmes qui se rendent dans les consultations prénatales subissent un dépistage du VIH. Le dénominateur employé dans ces calculs est basé sur le nombre déclaré de femmes infectées par le VIH dans les consultations publiques.
- ⁱ Donnée rapportée par le Système de suivi des interventions périnatales de lutte contre le VIH (PHIMS), Bureau de la promotion de la santé, Département de la santé (mise à jour pour 2005 datée d'août 2006).

NOTES EXPLICATIVES POUR L'ANNEXE 3

Les données sur la couverture des programmes présentées à l'annexe 3 ont été recueillies par un questionnaire sur la transmission mère-enfant et les soins pédiatriques du VIH envoyé conjointement par l'UNICEF et l'OMS, avec le concours des membres du Groupe spécial interagences sur la prévention de la transmission mère-enfant. Les indicateurs des programmes de niveau national utilisés pour le questionnaire ont été mis au point au cours d'un processus de collaboration avec des partenaires internationaux clés en matière de PTME. Pour 2006, le questionnaire a été géré par les bureaux de pays de l'UNICEF et il tentait de décrire la situation nationale de la PTME en 2005. La plupart des données ont été publiées dans les tableaux statistiques du rapport *Children and AIDS: A Stocktaking Report*. UNICEF, UNAIDS, WHO ; la présente annexe donne un aperçu de ces indicateurs. Des données nationales actualisées qui ont été obtenues depuis la publication du rapport figurent dans les notes de bas de page de l'annexe.

Sauf indication contraire, l'estimation du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH est fondée sur les modèles nationaux employés pour obtenir des estimations de la prévalence du VIH par le Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST.

Conformément aux estimations du traitement antirétroviral employées dans le présent rapport, les estimations des personnes ayant besoin d'un traitement indiquent des marges d'incertitude et, par conséquent, la couverture des femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour la PTME est aussi donnée avec des marges d'incertitude.

Indicateurs

Couverture des soins prénatals

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont été examinées au moins une fois au cours d'une grossesse par des agents de santé qualifiés

Source: UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2007*

Estimation du nombre de naissances vivantes

Source: UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2007*

Estimation du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH

Estimation du nombre de femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans infectées par le VIH et qui vivaient avec le VIH en 2005

Source: Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST

Nombre déclaré de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la PTME

Nombre de femmes ayant été diagnostiquées séropositives au VIH au cours d'une consultation prénatale qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant

Source: UNICEF/UNAIDS/WHO, *Children and AIDS, a stocktaking report, 2007*

Pour plus d'informations,
contacter :

Organisation mondiale de la Santé
Département du VIH/SIDA

Avenue Appia 20
1211 Genève 27
Suisse

E-mail: hiv-aids@who.int

www.who.int/hiv

ISBN 978 92 4 259539 0



9 789242 595390