

EN BREF

VERS UN ACCÈS UNIVERSEL

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

JUIN 2008 **RAPPORT DE SITUATION**

Ce document est constitué d'extraits de la publication *Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé*, rapport de situation publié en juin 2008 par le Département VIH/SIDA de l'Organisation mondiale de la Santé. Pour prendre connaissance du rapport complet, veuillez consulter le site <http://www.who.int/hiv>

Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé est le deuxième d'une série de rapports annuels de situation préparés par l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF afin de surveiller la riposte du secteur de la santé au VIH/SIDA. Le rapport recense les progrès du secteur de la santé dans l'accélération des interventions prioritaires de prévention, de traitement et de soins du VIH en vue de l'accès universel, notamment :

- le traitement et les soins, dont le traitement antirétroviral, la prise en charge de la coinfection VIH/tuberculose et d'autres comorbidités ;
- le conseil et le dépistage du VIH ;
- la prévention, y compris la prévention de la transmission mère-enfant, la prévention dans les établissements de santé, et la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et par la consommation de drogues injectables ;
- les questions liées aux systèmes de santé, dont l'achat des médicaments et la gestion des approvisionnements, les ressources humaines et l'information sanitaire.

Ce rapport contient également une section spéciale sur l'accélération des interventions en faveur des femmes et des enfants.



Décembre 2007 marque une étape importante dans l'histoire de l'épidémie de VIH. D'après le rapport de l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF *Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé*, près de 1 million de personnes (950 000) supplémentaires par rapport à fin 2006 étaient sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui porte le nombre total de bénéficiaires à quelque 3 millions, soit sept fois plus que quatre ans auparavant.

L'initiative de l'OMS et de l'ONUSIDA « 3 millions d'ici 2005 », qui avait pour but d'assurer un traitement à 3 millions d'individus à la fin de 2005, a eu le mérite d'avoir catalysé les efforts mondiaux pour assurer un accès élargi au traitement antirétroviral aux personnes qui en ont besoin dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Cet objectif a été atteint en 2007, à peine deux ans après l'échéance initiale. Non seulement le nombre de patients sous traitement a enregistré une hausse spectaculaire, mais le rythme de croissance s'est lui aussi accéléré.

Au cours de l'année, des progrès ont été observés dans d'autres domaines tels que l'accès aux interventions de prévention de la transmission mère-enfant, l'utilisation accrue des services de conseil et dépistage et un engagement plus ferme des pays en faveur de la circoncision. Un nombre croissant d'enfants bénéficient aussi de

programmes de traitement antirétroviral pédiatrique. Fin 2007, on estimait que 200 000 enfants suivaient un traitement antirétroviral, contre 127 000 en 2006 et 75 000 en 2005.

Pourtant, les pays sont encore loin de réaliser les objectifs d'un accès universel. Environ 2,5 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2007 et, dans l'ensemble, la couverture du traitement antirétroviral reste faible : 31% seulement des personnes qui en auraient besoin dans les pays à revenu faible ou intermédiaire le suivaient en 2007.

De surcroît, la faiblesse des systèmes de santé et, en particulier, une pénurie critique de personnel de santé et un manque de financement à long terme compromettent les activités pour parvenir à un accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH. Fin 2007, on estimait que l'écart entre les ressources requises et les ressources disponibles était de \$US 8,1 milliards. Pour réaliser les objectifs de l'accès universel, le financement devra plus que quadrupler pour atteindre \$US 35 milliards en 2010 et \$US 41 milliards en 2015.

À PROPOS DU RAPPORT

Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé, fruit de la collaboration entre l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF, est le bilan annuel faisant autorité sur la riposte du secteur de la santé en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH. C'est le second rapport annuel de situation à examiner le VIH dans le contexte du secteur de la santé. Cette édition contient une section spéciale consacrée aux femmes et aux enfants.

DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

Les données proviennent de deux sources principales :

- Un questionnaire de l'OMS destiné à documenter la disponibilité, la couverture, les résultats et l'impact des interventions prioritaires de santé en matière de VIH, ainsi que d'autres dimensions essentielles pour élargir les activités du secteur de la santé. Cela inclut la gestion des approvisionnements en médicaments et les ressources humaines.
- Un questionnaire conjoint UNICEF/OMS qui recense les progrès dans la prévention de la transmission mère-enfant et des soins pédiatriques du VIH.

Ces deux sources contiennent des données qui émanent des programmes nationaux de lutte contre le VIH recueillies par les ministères de la santé ainsi que des données provenant des enquêtes en population. Des informations sont également obtenues à partir de différentes enquêtes portant sur des domaines spécifiques, par exemple le prix des médicaments et leur utilisation, les interventions de prise en charge de la tuberculose et du VIH, les précautions universelles dans les établissements de santé et les programmes de réduction des risques.

NOTE SUR L'ESTIMATION DES BESOINS

Le nombre de patients sous traitement antirétroviral a augmenté en 2007, mais les besoins estimés en traitement en ont fait de même. Les paramètres pour évaluer les besoins ont changé pour tenir compte des données scientifiques actualisées. Ainsi le délai moyen estimé entre le moment où une personne a besoin de traitement antirétroviral et le décès sans traitement, est passé de deux à trois ans. Il en résulte une nette augmentation du nombre de personnes dont on considère qu'elles ont immédiatement besoin d'un traitement. Les estimations des besoins continueront probablement d'évoluer parallèlement au nombre de personnes pour qui le traitement antirétroviral est indiqué et à mesure de la mise à jour des directives sur le traitement.

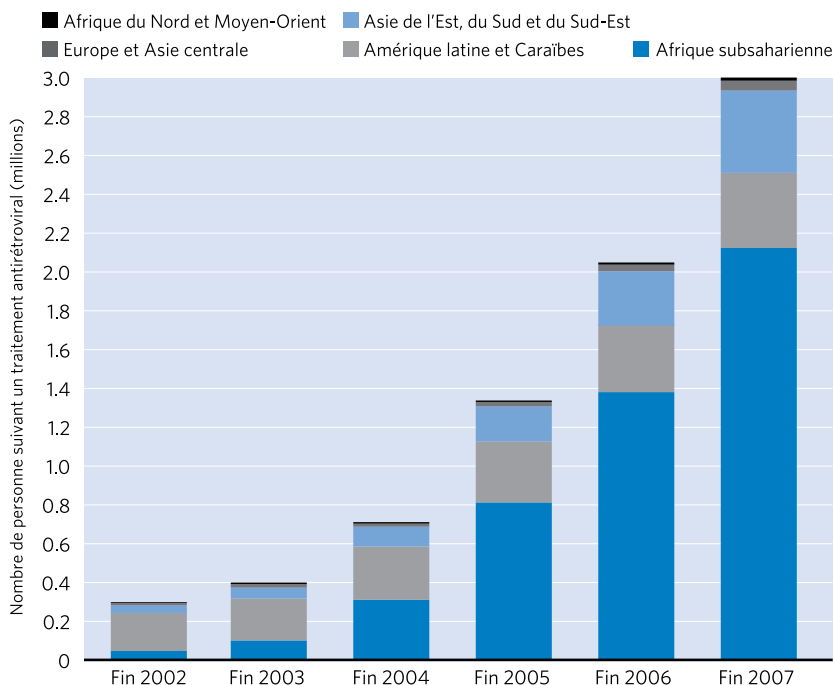


Chapitre 2

TRAITEMENT ET SOINS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Fin 2007, on estimait que 33,2 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde, dont 2,1 millions d'enfants. Cette même année, près de 2,5 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH, alors que 2,1 millions sont mortes du sida. Fin 2007, les patients sous traitement antirétroviral étaient près de 1 million de plus qu'en décembre 2006. Par conséquent, à la fin de l'année, environ 3 millions d'habitants des pays à revenu faible ou intermédiaire suivaient un traitement antirétroviral. De plus, le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral a augmenté de 54% rien qu'en 2007. Sur les patients traités en 2007, 72% vivaient en Afrique subsaharienne, ce qui porte à plus de 2 millions le nombre total de patients prenant des médicaments antirétroviraux en Afrique subsaharienne.

Nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2002-2007



L'accès des femmes au traitement n'est pas moindre que celui des hommes; ceux-ci sont peut-être même désavantagés dans certains pays. Pour les experts, cet écart est dû au fait que les femmes ont plus facilement accès aux services de santé pour répondre aux besoins génésiques tels que la grossesse et l'accouchement.

La survie des patients a augmenté dans le monde, mais la mortalité demeure cependant particulièrement élevée pendant les six premiers mois de traitement. En effet, de trop nombreuses personnes vivant avec le VIH n'ont accès aux services que très tardivement. Les faibles taux de « rétention » des patients sont un autre obstacle à un élargissement soutenu. Les interruptions du traitement compromettent la santé des patients et risquent aussi de faire apparaître des souches résistantes aux médicaments. En dépit de ces lacunes, les récentes enquêtes entreprises dans sept pays révèlent que la transmission de souches résistantes du VIH est inférieure à 5%.

BAISSE DES PRIX, ACCÈS ÉLARGI

De 2004 à 2007, le prix de la plupart des schémas thérapeutiques de première intention a reculé de 30% à 64% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Cette baisse spectaculaire est l'un des facteurs expliquant l'élargissement du traitement antirétroviral. Toutefois, les prix restent élevés dans plusieurs pays d'Europe orientale et d'Amérique latine. Il est inquiétant de constater que, dans presque tous les pays à revenu faible ou intermédiaire, le coût des schémas thérapeutiques de seconde intention est toujours très élevé.

VIH ET TUBERCULOSE : DEUX FLÉAUX, UNE SOLUTION

La tuberculose reste la principale cause de mortalité chez les patients porteurs du VIH. En 2006, on estime que 700 000 personnes vivant avec le VIH avaient développé la tuberculose. Près de 12% des décès chez les personnes séropositives au VIH dans le monde sont dus à la tuberculose. L'Afrique du Sud abrite ainsi moins de 1% de la population mondiale, mais représente 28% des personnes coinfectées par le VIH et la tuberculose dans le monde.

Depuis la propagation du VIH dans les années 80 et 90, les cas de tuberculose ont été multipliés par deux à six fois en Afrique subsaharienne, ce qui met à rude épreuve des services de santé déjà surchargés. Le manque d'accès au cotrimoxazole, un antibiotique courant prescrit pour prévenir et soigner d'autres infections opportunistes, n'est pas étranger à l'augmentation des taux de morbidité et de mortalité chez les individus coinfectés par la tuberculose et le VIH.

L'émergence de souches encore plus dangereuses de tuberculose multirésistante, dont une forme ultrarésistante, représente une grave menace pour la santé mondiale. Un demi-million des 9 millions de nouveaux cas de tuberculose déclarés en 2007 présentaient une multirésistance. L'Europe orientale et l'Asie centrale ont notifié les taux les plus élevés, alors qu'en Afrique subsaharienne, six pays seulement ont pu transmettre des données fiables. Il est d'autant plus difficile d'évaluer la véritable charge de la coinfection.

La tuberculose ultrarésistante, qui est virtuellement impossible à traiter, a été décelée dans 45 pays en 2005, notamment en Afrique du Sud qui représente l'épicentre de l'épidémie de VIH. Le taux de mortalité chez ces personnes coinfectées par le VIH et la forme ultrarésistante de tuberculose était de 95%.

Pour ralentir puis juguler les ravages de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, il sera nécessaire de donner la priorité à la prévention, au diagnostic et au traitement de la maladie, en particulier aux « trois I » : intensification de la recherche de cas, traitement préventif à l'isoniazide et contrôle de l'infection.

HÉPATITE ET VIH

La maladie hépatique chronique, une grave complication du virus de l'hépatite B (VHB) et du virus de l'hépatite C (VHC), est devenue une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. De plus, cette affection peut sensiblement augmenter la toxicité de certains médicaments antirétroviraux.

Sur les plus de 30 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde, environ 3 millions sont chroniquement porteuses du VHB et de 4 à 5 millions sont coinfectées par le VHC. Les taux d'infection par le VHB sont élevés dans les pays endémiques d'Asie et d'Afrique, tout comme les taux d'infection par le VHB et le VHC chez les consommateurs de drogues injectables dans tous les pays. La prévalence de l'infection chronique par le VHC chez les porteurs du VIH en Europe occidentale et aux États-Unis est estimée à 25%-30%. Les taux de coinfection atteignent en moyenne plus de 40% en Europe orientale, et 70%-95% en Estonie, dans la Fédération de Russie et en Ukraine. Les pays doivent redoubler d'efforts pour évaluer l'ampleur de la maladie associée avec les VHB et VHC chez les personnes séropositives, et pour leur assurer un traitement.

Chapitre 3

CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH

L'accès au conseil et dépistage du VIH est une condition préalable pour accélérer l'accès à d'autres interventions. De 2006 à 2007, le nombre de centres assurant des services de conseil et dépistage du VIH a nettement augmenté. L'utilisation de ces services demeure cependant faible. D'après des enquêtes en population réalisées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire entre 2005 et 2007 :

- un taux médian de 10,9% de femmes et 10,3% d'hommes ayant fait l'objet des enquêtes dans 17 pays avaient déjà bénéficié d'un test du VIH et en connaissaient le résultat;
- un taux médian de 20% des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans 12 pays connaissaient leur statut sérologique.

Dans les pays à plus forte prévalence, le pourcentage de centres de santé qui proposent des services de conseil et de dépistage est extrêmement variable. Ainsi, alors qu'au Botswana, 100% des établissements de santé les assurent, ce taux recule à 68% au Swaziland et il n'est que de 31% au Burkina Faso.

CONSEIL ET DÉPISTAGE À L'INITIATIVE DU PATIENT ET DU SOIGNANT

Dans les pays qui disposent de données, le nombre d'individus qui ont été testés a augmenté en 2007. Ce résultat pourrait être dû à la disponibilité accrue du traitement et au fait que le dépistage est devenu plus aisé et plus facilement accessible. L'introduction de tests rapides, qui n'exigent pas d'avoir recours à du personnel de laboratoire, des procédures invasives ou des équipements spécialisés, ainsi que la tendance à proposer le dépistage sur les lieux de travail, dans les établissements de santé, dans les dispensaires mobiles et à domicile ont probablement permis une utilisation accrue.

En dépit de certaines tendances positives, le dépistage à l'initiative du patient (c'est-à-dire demandé par l'intéressé) a cependant rarement atteint les niveaux souhaités. La peur, les inquiétudes quant à la stigmatisation et la sous-évaluation du risque personnel peuvent être en cause, parmi d'autres facteurs. Lorsque les médicaments antirétroviraux étaient moins disponibles qu'aujourd'hui, le dépistage « à l'initiative du soignant », approche dans laquelle le personnel de santé recommande qu'un patient soit testé, bénéficiait de peu de soutien. L'accès accru au traitement offre cependant de bonnes raisons d'élargir le conseil et le dépistage du VIH afin de faciliter le traitement, promouvoir la prévention et banaliser le VIH. Aujourd'hui, on s'efforce de plus en plus d'inclure le conseil et le dépistage du VIH dans les soins de santé de routine, notamment les soins prénatals, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, l'hospitalisation, le dépistage des produits sanguins et les soins de santé primaires dans des environnements fortement touchés par l'épidémie.

En 2007, l'OMS et l'ONUSIDA ont publié d'importantes recommandations concernant le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant. Le guide conseille au personnel de santé de préconiser le conseil et le dépistage à toutes les personnes venant consulter dans tous les établissements de santé des pays à épidémie généralisée, et dans des établissements choisis en cas de situation d'épidémie concentrée ou peu étendue.

Chapitre 4

INTERVENTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ POUR LA PRÉVENTION DU VIH

Si les programmes de prévention sont parvenus dans certains pays à réduire la prévalence du VIH, il reste encore beaucoup à faire. En 2007, 2,5 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le virus. Loin de se cantonner aux services de traitement, de soins et de soutien, le secteur de la santé doit assumer un rôle beaucoup plus actif dans la promotion et la prestation de services de prévention du VIH.

PRÉVENIR L'INFECTION PAR LE VIH CHEZ LES POPULATIONS LES PLUS EXPOSÉES

Environ 80% des infections à VIH sont transmises par voie sexuelle. Dix pour cent des nouvelles infections (et jusqu'à 30% hors de l'Afrique subsaharienne) se produisent chez les consommateurs de drogues injectables. Il faut développer et élargir des services efficaces qui atteindront la plupart des populations à risque :

Professionnel(le)s du sexe : plusieurs pays d'Asie, en particulier le Cambodge, le Myanmar, la Thaïlande et quatre États indiens, ont montré qu'avec un engagement politique suffisant et des politiques adaptées, comme la mise en œuvre à grande échelle de stratégies de prévention à l'intention des professionnel(le)s du sexe, il est possible de diminuer le nombre d'infections sexuellement transmissibles et de faire reculer la prévalence du VIH dans cette population. Les interventions destinées aux professionnel(le)s du sexe en Afrique subsaharienne ont aussi permis de réduire le taux des infections sexuellement transmissibles et le taux de transmission du VIH.

Consommateurs de drogues injectables : des 13 millions de consommateurs de drogues injectables du monde, de 3 à 4 millions vivent avec le VIH. Plus de 80% des infections par le VIH en Europe orientale et en Asie centrale sont imputables à l'injection de drogues ; pourtant, dans toute la région, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ne desservent régulièrement que 10% de ceux qui en auraient besoin. La prévalence élevée du VIH a aussi été documentée chez les toxicomanes au Moyen-Orient, en Afrique du Nord, en Asie du Sud-Est et en Amérique latine.

L'existence de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues peut réduire nettement la transmission du VIH, alors que le traitement de substitution aux opiacés diminue le risque lié à l'injection de drogues et améliore l'accès et l'observance du traitement antirétroviral. Fin 2007, 72 pays avaient introduit au moins un programme d'échange et 58 pays assuraient un traitement de substitution aux opiacés. Malgré des progrès, les données suggèrent que les consommateurs de drogues injectables sont oubliés par les programmes de réduction des risques.

Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes : ils continuent de représenter la plus forte population vivant avec le VIH dans la plupart des pays à revenu élevé. En outre, de plus en plus de données probantes indiquent une résurgence de l'épidémie en Amérique du Nord et en Europe dans cette catégorie de population.

Encore récemment, la volonté politique et les activités de plaidoyer faisaient défaut au plan international pour aborder les questions entourant la transmission du VIH et l'accès aux services de santé des hommes qui ont des rapports homosexuels. Le secteur de la santé doit inclure des représentants de cette population dans les priorités de programmation du secteur national de la santé, établir des liens avec les organisations de soutien communautaire, prôner la dépénalisation des actes sexuels avec des personnes du même sexe et faire pression pour une législation contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle.

Prisonniers : Alors que la majorité des détenus vivant avec le VIH ont contracté le virus en dehors de la prison, la transmission pendant l'incarcération est élevée en raison du partage d'équipement d'injection contaminé et de la prévalence de relations sexuelles forcées ou non protégées. En 2007, l'OMS a réalisé une étude complète sur la prévalence du VIH et des comportements à risque dans les prisons. Il en ressort que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, la distribution de préservatifs, le traitement de substitution aux opiacés et d'autres programmes de désintoxication sont faisables et efficaces. Il faut que les prisons deviennent des cibles prioritaires des interventions du secteur de la santé en matière de VIH.

CIRCONCISION ET AUTRES INTERVENTIONS MÉDICALES PRÉVENTIVES

En 2007, l'OMS et l'ONUSIDA ont recommandé de considérer désormais que la circoncision est un moyen supplémentaire de réduire le risque de transmission hétérosexuelle du VIH à l'homme dans les pays à forte prévalence du VIH et faibles taux de circoncision. Trois essais contrôlés randomisés en Afrique subsaharienne ont constaté un fort effet protecteur contre l'infection par le VIH chez les hommes hétérosexuels circoncis, avec une réduction de près de 60% du risque de contamination. Les modèles mathématiques ont prévu que si la circoncision était largement appliquée en Afrique subsaharienne, elle pourrait éviter 2 millions de nouvelles infections et prévenir 300 000 décès ces dix prochaines années.

On ne sait pas encore si la circoncision diminue le risque de transmission hétérosexuelle du VIH chez les femmes, ou chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. L'OMS et l'ONUSIDA recommandent que les hommes bénéficient de services de conseil et dépistage avant l'intervention. La circoncision n'est recommandée que pour les hommes et les jeunes garçons qui sont séronégatifs. L'OMS et ses partenaires conseillent également aux soignants de rendre les patients attentifs au fait que la circoncision ne confère pas une protection totale. Beaucoup de pays fortement affectés étudient l'opportunité et les modalités d'une accélération des programmes de circoncision sur la base de consultations d'experts.

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La transmission du VIH continue d'être un grave problème dans les établissements de santé par manque de mesures universelles de dépistage des produits sanguins avec assurance qualité et du fait de l'utilisation de matériel d'injection non sécurisé. On estime que les blessures dues à des instruments coupants ou piquants causent chaque année de 200 à 5000 nouvelles infections à VIH chez les soignants, et près de 4% des infections à VIH chez les soignants seraient dues à une exposition au virus dans le cadre de leur travail. La prophylaxie post-exposition, traitement antirétroviral de courte durée recommandé par l'OMS pour réduire la probabilité d'infection par le VIH après une exposition potentielle, est disponible dans 35% des centres de santé des 50 pays ayant transmis des données.

Chapitre 5

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

Les femmes représentent près de la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde et plus de 60% des porteurs du virus en Afrique subsaharienne. On estime que 2,1 millions d'enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH, dont plus de 90% ont été infectés par leur mère. Les enfants représentent 6% des infections à VIH, 17% des nouvelles infections et 14% de la mortalité liée au VIH/SIDA.

Chaque année, près de 1,5 million de femmes séropositives accouchent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. En 2007, environ 33% des femmes enceintes séropositives ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant, alors qu'elles étaient 10% en 2004. De 2004 à 2007, l'Afrique centrale et de l'Ouest a enregistré les plus forts progrès, avec une multiplication presque par six du nombre de femmes ayant reçu une prophylaxie antirétrovirale, alors que le chiffre a été multiplié par quatre en Afrique orientale et australe.

Les taux de transmission mère-enfant du VIH ont accusé un recul impressionnant dans des pays qui se caractérisaient auparavant par une proportion élevée de transmission maternelle. Au Cambodge, le pourcentage a ainsi diminué de 30,5% en 2001 à 11,4% en 2007, et au Rwanda, il a été ramené de 30,5% en 2001 à 8,9% en 2007.

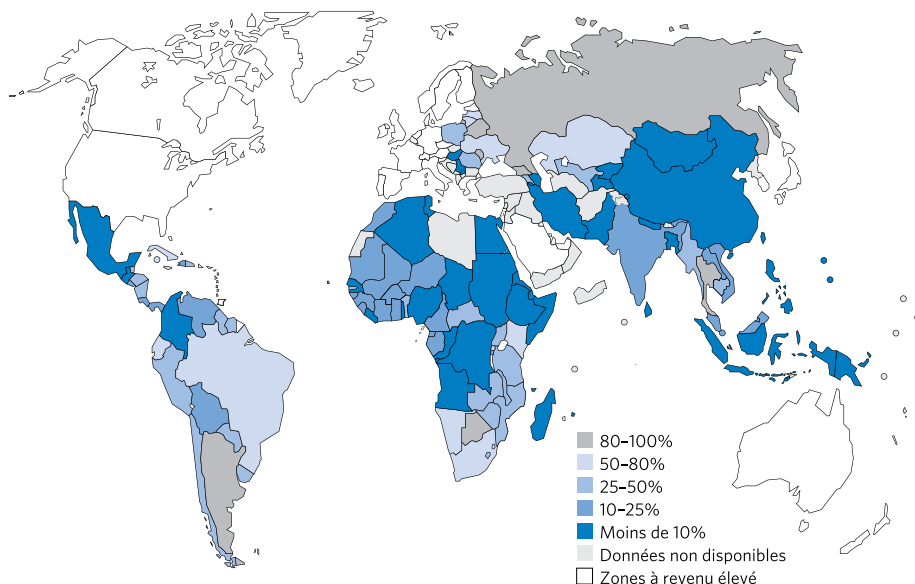
Malgré ces succès, les femmes enceintes séropositives n'ont pas accès en temps voulu au traitement antirétroviral pour protéger leur propre santé parce que les soignants ont tendance à donner la priorité à la prévention de la transmission à l'enfant à naître au lieu de protéger la santé à long terme de la mère. En 2007, à peine 12% des femmes enceintes vivant avec le VIH ont été examinées pour déterminer si un traitement antirétroviral était indiqué. Outre les conséquences négatives sur l'état de santé des femmes elles-mêmes, ce manque d'accès à un traitement à long terme augmente le nombre « d'orphelins du sida ».

TRAITER LES ENFANTS

Pour que les nouveau-nés reçoivent un traitement et des soins, il faut disposer d'un diagnostic précoce et exact. Mais, dans les pays qui ont recueilli des données en 2007, 8% seulement des nourrissons nés de mères séropositives ont été testés pendant les deux mois suivant leur naissance.

Un écueil majeur au diagnostic précoce est l'accès insuffisant aux tests virologiques, qui exigent un équipement plus sophistiqué et plus coûteux que celui de la plupart des pays à forte prévalence.

Couverture des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2007



Le cotrimoxazole, un antibiotique très efficace et d'un prix abordable, a fait la preuve de son efficacité pour réduire sensiblement la morbidité et la mortalité chez les nourrissons et les enfants exposés au VIH ou infectés par le virus. En 2007, moins de 4% des enfants nés d'une mère porteuse du VIH avaient reçu du cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance. Il faut redoubler d'efforts pour proposer plus largement le cotrimoxazole et prodiguer des conseils aux soignants.

Les progrès encourageants dans l'extension de traitement antirétroviral pédiatrique ces deux dernières années sont en partie redevables à la diminution du coût des antirétroviraux pédiatriques, à l'approbation d'associations à doses fixes d'antirétroviraux pédiatriques et aux liens resserrés entre les services de traitement et les services de santé maternelle, infantile et de l'enfant. Le nombre d'enfants sous traitement antirétroviral a augmenté, passant de près de 75 000 en 2005 à environ 200 000 en 2007.

Chapitre 6

RENFORCER LES SYSTÈMES DE SANTÉ ET L'INFORMATION SANITAIRE

L'OMS a identifié six éléments essentiels des systèmes de soins de santé qu'il convient de renforcer pour soutenir l'accélération des activités de prévention, de traitement et de soins du VIH. Il s'agit de la prestation des services ; du personnel de santé ; de l'information sanitaire ; des produits médicaux, des vaccins et des technologies ; de la direction politique et de la gouvernance.

PERSONNEL DE SANTÉ

Le Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde 2006 faisait état d'une pénurie de 4,3 millions de médecins, d'infirmiers et de sages-femmes. L'Afrique subsaharienne est la plus touchée avec un déficit de près de 1 million de soignants. Certains agents de santé émigrent à la recherche de meilleures rémunérations et des conditions de travail plus favorables, d'autres sont victimes de maladies liées au VIH, un pourcentage pouvant aller parfois jusqu'à 20% dans certains pays à forte prévalence. Assurer un traitement antirétroviral aux soignants est de toute évidence une priorité absolue dans les pays gravement touchés.

En 2007, l'OMS, les États membres et les partenaires internationaux ont préparé un plan pour corriger la crise du personnel de santé grâce à trois interventions :

- **traiter** : assurer un ensemble complet d'interventions en matière de VIH aux soignants ;
- **former** : promouvoir la délégation des tâches lorsque c'est possible. Cela signifie transférer des travaux précis à des soignants moins spécialisés, mais néanmoins formés ;
- **retenir** : encourager les agents de santé à demeurer dans le système en améliorant la santé et la sécurité au travail, en leur donnant des mesures financières ou non pour rester dans le secteur de la santé, et en introduisant des mesures pour lutter contre la migration des soignants.

Concrètement, l'OMS et ses partenaires ont identifié les domaines suivants pour le renforcement des systèmes de santé :

DÉLÉGATION DES TÂCHES

En 2007, 28 de 73 pays à revenu faible ou intermédiaire avaient défini des politiques pour déléguer des tâches à des soignants formés, mais moins spécialisés. Une récente étude sud-africaine a montré qu'après six mois de suivi, des résultats tels que la suppression virologique, l'observance du traitement et la rétention des patients dans les sites sans médecins étaient similaires à ceux des sites avec médecins.

GESTION DES ACHATS ET DES APPROVISIONNEMENTS

De nombreux pays sont affectés par la faiblesse de leurs systèmes d'achat et de gestion des stocks, qui aboutit à de fréquentes ruptures de stock de médicaments antirétroviraux et d'autres produits essentiels. Des 66 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant fait l'objet d'une enquête, 25 ont signalé une ou plusieurs ruptures de stock d'antirétroviraux essentiels. Globalement, 18% des sites de traitement de ces pays ont connu au moins un incident de ce type en 2007.

SURVEILLANCE DE L'ÉPIDÉMIE

Une récente évaluation du recueil de données et des systèmes de surveillance a montré que 56 des 137 pays à revenu faible ou intermédiaire avaient pleinement mis en œuvre des systèmes de surveillance de l'épidémie ; 32 les avaient partiellement mis en œuvre et les 49 pays restants avaient instauré des systèmes peu performants. Dans l'ensemble, cela ne constitue qu'une légère amélioration de la qualité des systèmes de surveillance dans le monde.

Chapitre 7

VERS UN ACCÈS UNIVERSEL : LA VOIE DU PROGRÈS

Dans l'ensemble, les progrès pour étendre la riposte du secteur de la santé en vue d'atteindre les objectifs d'un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien liés au VIH se sont accélérés. Néanmoins, en dépit du taux actuel d'élargissement, peu de pays sont dans les temps pour réaliser l'objectif d'un accès universel en 2010 ou les objectifs du Millénaire pour le développement en 2015. S'ils veulent y parvenir, les pays et les partenaires doivent se concentrer sur les mesures suivantes :

- **Renforcer le rôle du secteur de la santé dans la prévention du VIH** : il faut pour cela accélérer la mise en œuvre d'interventions ayant fait leurs preuves comme la circoncision, les stratégies de réduction des risques, l'utilisation du préservatif, le dépistage des produits sanguins et l'intégration de la prévention du VIH dans les programmes relatifs à la tuberculose, et à la santé maternelle et génésique. Il convient aussi de développer des services de prévention dont l'efficacité a été démontrée, adaptés précisément aux besoins des populations particulièrement exposées comme les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les prisonniers et les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.

Les patients et le personnel de santé continuent de faire face à des risques importants dans les hôpitaux et d'autres établissements de santé. Les pays doivent garantir des précautions universelles contre l'infection par le VIH, le dépistage des produits sanguins et l'application de pratiques d'injection sécurisées. Les stratégies de lutte contre l'infection afin de prévenir l'infection par la tuberculose doivent aussi être généralisées.

- **Accroître la connaissance du statut sérologique** : pour atteindre l'accès universel, il faut que davantage de personnes connaissent leur statut. Le conseil et dépistage à l'initiative du patient et du soignant représentent une occasion précieuse d'élargir la couverture du traitement antirétroviral et de donner accès aux services de prévention et à d'autres interventions.
- **Renforcer et soutenir les activités pour étendre le traitement et les soins du VIH** : les pays à revenu faible ou intermédiaire doivent continuer de donner accès tout au long de leur vie aux patients qui suivent actuellement un traitement antirétroviral et élargir les services pour les millions d'individus qui en auraient besoin. Cela inclut les populations à risque comme les consommateurs de drogues injectables, les prisonniers, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients et les populations rurales difficiles à atteindre. Il appartient aux partenaires internationaux de soutenir et d'encourager les pays à forte prévalence à adopter une approche de santé publique fondée sur des décisions cliniques simplifiées, des schémas thérapeutiques normalisés et une prestation de services décentralisée et intégrée.

Ces mesures doivent aller de pair avec des efforts plus intensifs pour garantir un accès au traitement antirétroviral au bon moment et pour que les patients soient encouragés à demeurer sous traitement et régulièrement examinés pour déceler des signes de résistance aux médicaments ou une infection par la tuberculose.

Réduire le prix des schémas thérapeutiques de seconde intention devrait aussi être une priorité. Il est essentiel d'élargir l'accès de toutes les personnes infectées, notamment les nourrissons exposés au VIH, à la prophylaxie par le cotrimoxazole et aux services de prévention et de traitement de la tuberculose.

- **Accélérer l'accès des femmes et des enfants à la prévention et aux soins du VIH** : les services de santé génésique, maternelle et du nouveau-né sont un point d'entrée capital pour les programmes de prévention, de traitement et de soins du VIH. La bonne couverture des soins prénatals offre une excellente occasion d'élargir le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant. Davantage de femmes enceintes séropositives doivent être examinées afin de déterminer s'il est indiqué de commencer un traitement antirétroviral pour protéger leur propre santé et il faut, le cas échéant, les adresser à des services de traitement. La difficulté du diagnostic du VIH chez le nourrisson entrave également les progrès.

- **Surmonter les faiblesses du système de santé** : les programmes focalisés sur le VIH et le sida peuvent renforcer les systèmes de santé, pour autant qu'ils soient correctement intégrés dans d'autres services de santé et alignés sur la planification nationale. Les pays doivent former davantage de soignants, décentraliser la prestation des services et corriger les pénuries de main-d'œuvre par la délégation des tâches et d'autres approches.
- **Améliorer l'information stratégique pour guider la riposte du secteur de la santé** : bien que la disponibilité et la qualité des données épidémiologiques s'améliorent, on a besoin de plus d'investissements et d'analyses. À cet effet, il y a lieu de recueillir des données plus détaillées sur l'incidence du VIH, sur la couverture en matière de conseil et de dépistage, les maladies sexuellement transmissibles et sur l'accès aux services de santé pour les populations les plus exposées. Des informations plus complètes concernant l'impact des interventions sur la mortalité, l'incidence, la prévalence du VIH et le système de santé devraient également être une priorité.

Conclusions

- Fin 2007, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les patients sous traitement antirétroviral étaient près de 1 million (950 000) de plus que fin 2006, ce qui porte le nombre de patients sous traitement à environ 3 millions, soit sept fois plus en tout juste quatre ans.
- L'objectif de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » qui était de traiter 3 millions de patients vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire d'ici à 2005 a été atteint, deux ans après l'échéance. Ce résultat met en évidence la nécessité et l'utilité de fixer des cibles et de s'employer à les atteindre.
- Si la disponibilité du conseil et du dépistage du VIH dans les établissements de santé a substantiellement augmenté entre 2006 et 2007 dans des pays ayant des données comparables, la majorité des personnes vivant avec le VIH/SIDA ignorent encore leur statut, ce qui signifie qu'elles ne peuvent avoir accès aux services de prévention, de traitement et de soins. Bien que les données mondiales fassent défaut, les enquêtes réalisées dans 12 pays à forte prévalence révèlent que le pourcentage médian de personnes séropositives qui connaissent leur statut est de 20% seulement.
- Un meilleur suivi des patients chez qui le VIH a été diagnostiqué et un accès élargi aux soins, au-delà de l'accès au traitement antirétroviral, sont des mesures nécessaires pour garantir le meilleur état de santé possible des personnes infectées par le virus et prévenir la transmission du VIH à d'autres.
- Des exemples réussis de prévention du VIH parmi des populations à haut risque comme les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, ainsi que les prisonniers, mettent en lumière la nécessité d'élargir l'accès aux interventions de prévention, de renforcer la surveillance et le suivi et de veiller à ce que les politiques et la législation créent un environnement qui encourage des prestations efficaces des services de santé.
- En 2007, 33% des femmes enceintes séropositives ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant, contre 10% en 2004. Cette même année, le nombre de femmes enceintes testées pour le VIH est passé à 18% dans le monde, contre 16% en 2006 et 10% en 2005.
- Aujourd'hui, plus d'enfants bénéficient de services de soins et de traitement qu'auparavant. En 2007, 200 000 enfants vivant avec le VIH suivaient un traitement antirétroviral, alors qu'ils étaient 127 000 en 2006 et 75 000 en 2005. Néanmoins, la difficulté de diagnostiquer le VIH chez les nourrissons est un obstacle à des progrès ultérieurs.
- En dépit de nettes avancées en 2007, la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire sont encore loin d'atteindre les objectifs d'un accès universel. Au nombre des écueils, il faut citer la faiblesse des systèmes de soins de santé, une pénurie critique de ressources humaines et un déficit de financement durable et à long terme. Les pays ont aussi besoin de systèmes de suivi afin de contrôler leurs progrès et d'accroître l'efficacité et les effets des programmes dans la lutte contre le VIH.