



# EXTRAITS DU RAPPORT



# AVANT-PROPOS

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

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

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

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

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

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

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

De nombreux pays l'ont montré : l'extension continue des programmes de lutte contre le VIH peut permettre de faire tomber les obstacles systémiques qui ont empêché d'obtenir de longue date d'autres résultats escomptés en matière de santé. De façon stratégique, nous devons aussi intégrer les interventions de lutte contre le VIH et de prise en charge de

cette infection dans les services, les stratégies et les plans des pays en matière de santé, notamment ceux qui concernent la santé sexuelle, la santé génésique, la santé maternelle et infantile, la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles et la réduction des risques.

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

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

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



Margaret Chan  
Directeur général  
Organisation mondiale de la Santé



Michel Sidibe  
Directeur exécutif  
ONUSIDA



Anthony Lake  
Directeur exécutif  
UNICEF

## RÉSUMÉ ANALYTIQUE

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

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

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

de pays d'ici la fin de l'année 2010. Malgré ces résultats encourageants, il est improbable que les objectifs chiffrés de prévention de l'infection à VIH, de traitement, de prise en charge et de soutien des malades soient atteints en 2010 dans le monde entier. Les retombées seront alors importantes pour plusieurs objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), au-delà de ceux qui concernent directement l'infection à VIH (OMD 6), notamment pour les OMD 4 et 5 qui ciblent la santé maternelle et infantile.

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

### Conseil et dépistage du VIH

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

Le nombre de tests VIH effectués dans le monde a également augmenté globalement. À partir des données transmises par 100 pays, un total de 67 millions de personnes ayant réalisé un test ont été comptabilisées pour l'année 2009. Dans les

### Avancées obtenues en 2008 et 2009 dans les pays à revenu faible ou moyen par indicateur clé<sup>a</sup>

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

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

82 pays pour lesquels on disposait de données comparables au cours de la période 2008-2009, le nombre médian de tests effectués est passé de 41 à 50 pour 1000 habitants.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les lignes directrices actualisées de l'OMS sur le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent, y compris chez la femme enceinte, recommandent à présent de commencer le traitement antirétroviral quand le nombre de CD4 atteint ou passe en dessous du seuil de 350 cellules/mm<sup>3</sup>, que les patients présentent ou non des symptômes cliniques (voir encadrés 4.1 et 4.2). Ce changement s'est traduit à la fin de l'année 2009 par une augmentation du nombre estimé de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, le faisant passer de 10,1 millions à 14,6 millions de personnes [13,5-15,8 millions] ; bien que l'investissement nécessaire pour se conformer à ces lignes directrices soit plus élevé au départ, il devrait être compensé à moyen terme par un nombre moins élevé d'hospitalisation et par des taux plus bas de morbidité et de mortalité. En décembre 2009, 29 pays avaient déjà intégré dans leurs lignes directrices nationales sur le traitement les nouvelles recommandations de l'OMS sur les critères d'admissibilité pour commencer un traitement antirétroviral.

## Traitement et prise en charge des personnes vivant avec le VIH

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

Sur la base des nouveaux critères pour commencer un traitement (nombre de CD4 inférieur ou égal à 350 cellules/mm<sup>3</sup>), la couverture a augmenté, passant de 28 % [26-31 %] en décembre 2008 à 36 % [33-39 %] à la fin de 2009. Selon les anciens critères pour commencer un traitement (nombre de CD4 inférieur ou égal à 200 cellules/mm<sup>3</sup>) la couverture mondiale aurait atteint 52 % [47-58 %] en 2009.

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

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

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

Au milieu de l'année 2010, 28 pays avaient mis en place des enquêtes pour classifier la pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux. Parmi les 15 enquêtes disposant de résultats soumis à la procédure d'assurance qualité

de l'OMS, la pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux était estimée comme faible (< 5 %) dans 13 pays, et modérée (entre 5 % et 15 %) dans les deux autres.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## INTRODUCTION

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

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

Le fait de se rapprocher de l'année 2010 a aidé à rallier et à galvaniser les différents partenaires engagés dans la

riposte au VIH à tous les niveaux. De façon encourageante, l'année 2009 a vu se renouveler leur engagement et leur résolution pour l'accomplissement de l'accès universel et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). La mise en place d'un Cadre de résultats par l'ONUSIDA a permis d'identifier dix domaines prioritaires et certaines stratégies transversales où des progrès doivent être rapidement réalisés (2). Simultanément, la communauté internationale est également en bonne voie pour s'entendre sur l'élimination virtuelle de la transmission mère-enfant du VIH d'ici 2015 (3). Une nouvelle initiative mondiale en matière de santé, lancée par le gouvernement des États-Unis d'Amérique, viendra soutenir les pays à revenu faible ou moyen pour améliorer les résultats obtenus en matière de santé et pour renforcer les systèmes de santé, y compris les services de prévention et de prise en charge du VIH. Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a autorisé l'allocation de nouveaux financements. Les nouvelles lignes directrices de l'OMS sur le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent, ainsi que chez l'enfant, recommandent à présent de commencer le traitement antirétroviral à un stade plus précoce de la maladie, ce qui devrait permettre de diminuer davantage la mortalité et la morbidité liées à l'infection à VIH ainsi que la transmission de cette infection.

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

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

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

Si, par les différentes actions menées, les objectifs d'accès universel pourraient être atteints par d'autres pays d'ici fin 2010, il est en revanche peu probable que ces objectifs pour la prévention de l'infection à VIH, le traitement, la prise en charge et le soutien des malades soient atteints au niveau planétaire. Ceci a des conséquences non seulement sur la riposte au VIH, mais aussi sur tous les autres OMD concernant la santé de la mère et de l'enfant, notamment les OMD 4 et 5. Vis-à-vis des objectifs de réduction de la mortalité infantile et de la tuberculose, des travaux de recherche récents ont montré qu'une faible charge en infection à VIH et en sida permet d'obtenir des avancées beaucoup plus spectaculaires que la croissance économique elle-même (4). En l'absence d'infection à VIH, la mortalité maternelle dans le monde aurait pu être inférieure d'environ 6 % en 2008 (5) et une récente étude a estimé que jusqu'à 18% des décès liés à la grossesse pouvaient être dus au VIH (6).

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

## Sources des données et méthodes utilisées

Travaillant ensemble à l'aide d'un outil commun de recueil d'informations, l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont collecté des données dans les programmes nationaux du monde entier pour faire le suivi de la riposte du secteur de la santé en vue d'obtenir un accès universel, et rendre compte des progrès réalisés. Afin d'obtenir les données les plus cohérentes possibles, le cadre mis en place pour le suivi de la Déclaration d'engagement adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies à la session extraordinaire sur le VIH/sida (7) a servi de base pour l'élaboration des différents indicateurs utilisés et des procédures à suivre pour le recueil des données correspondantes. Le rapport se distingue de la version de 2009 par deux aspects importants. Premièrement, il a été demandé aux pays de fournir cette année des données sur 35 indicateurs, au lieu de 46 en 2009 (voir l'annexe 8). Deuxièmement, certains des 35 indicateurs

ne sont pas présentés et analysés dans ce présent rapport ; ils seront analysés et publiés ultérieurement dans « *Aids Today: 2010 UNAIDS Global Report* ». Les données utilisées dans ce rapport proviennent de 39 pays à revenu élevé et de 144 pays à revenu faible ou moyen. Par ailleurs, les estimations des besoins en traitement antirétroviral et de l'étendue de la couverture dans les pays à revenu faible ou moyen ont été considérablement modifiées suite au changement de critères utilisés pour commencer un traitement. Selon les lignes directrices sur le traitement antirétroviral établies par l'OMS en 2010, il est désormais recommandé de commencer un traitement antirétroviral chez les adultes et les adolescents, y compris les femmes enceintes, infectés par le VIH et dont le nombre de CD4 est inférieur ou égal à 350 cellules/mm<sup>3</sup>, qu'ils présentent ou non des symptômes cliniques. Selon les estimations, ce changement a entraîné une augmentation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral à la fin de l'année 2009 de 10,1 millions à 14,6 millions (13.5 millions-15.8 millions) (voir encadré 4.1).

Les données recueillies portent sur les domaines programmatiques suivants : (i) conseil et dépistage du VIH, (ii) prévention de la transmission sexuelle du VIH et de la transmission par la consommation de drogues injectables, (iii) prise en charge des infections sexuellement transmissibles, (iv) couverture du traitement antirétroviral, (v) couverture des services de prise en charge conjointe de l'infection à VIH et de la tuberculose, (vi) ruptures de stocks d'antirétroviraux, et (vii) interventions destinées aux femmes et aux enfants, y compris la prévention de la transmission mère-enfant. Des questions relatives aux politiques ont également été posées afin d'évaluer les progrès réalisés par les programmes. Les taux de réponses sont différents selon les indicateurs ; ils sont présentés dans les chapitres correspondants.

Ce rapport s'appuie également sur des données provenant d'autres sources, notamment sur des enquêtes spécifiques (portant par exemple sur le prix et l'utilisation des antirétroviraux ainsi que d'autres produits et matériel, et sur la surveillance de la pharmacorésistance du VIH), sur des enquêtes en population (comme les enquêtes démographiques et sanitaires) et sur certaines publications scientifiques récentes. En fonction des besoins, des notes sur les données supplémentaires et sur la méthodologie utilisées ont été incluses dans les différents chapitres.

# CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH

## Principales conclusions

- *Le nombre de pays fournissant des données sur le conseil et le dépistage du VIH demeure stable.* En 2009, 118 pays à revenu faible ou moyen ont transmis des données sur l'offre de conseil et de dépistage du VIH dans les établissements de soins, contre 111 en 2008. Sur l'utilisation de ces services en 2009, 100 pays ont fourni des informations, soit le même nombre qu'en 2008.<sup>1</sup>
- *Le nombre de pays ayant adopté des politiques sur le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire a augmenté.* En décembre 2009, plus des deux tiers des pays d'Afrique subsaharienne, d'Amérique latine et des Caraïbes avaient mis en place des politiques en faveur du conseil et du dépistage à l'initiative du prestataire.
- *Le nombre d'établissements proposant un conseil et un dépistage du VIH continue à augmenter.* Selon les données, le nombre d'établissements de soins qui proposent un conseil et un dépistage du VIH a été porté à 107 000 en 2009 (118 pays ayant transmis des informations), par rapport à 78 000 en 2008 (111 pays). Le nombre médian d'établissements pour 100 000 habitants proposant ce type de services a augmenté de 28 % entre 2008 et 2009, passant de 4,3 à 5,5, dans les 97 pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données pour ces deux années consécutives.
- *Le nombre de tests VIH effectués dans le monde a globalement augmenté.* Pour l'année 2009, 67 millions de tests ont été comptabilisés au total à partir des données transmises par 100 pays. Dans les 82 pays pour lesquels on disposait de données comparables au cours de la période 2008-2009, le nombre médian de tests effectués a augmenté de 22 %, passant de 41 à 50 pour 1000 habitants.
- *Il ressort des enquêtes en population menées dans les pays à revenu faible ou moyen que (i) la proportion de personnes indiquant avoir déjà réalisé un test VIH est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et que (ii) la connaissance du statut par rapport au VIH demeure insuffisante ; d'après 10 enquêtes démographiques réalisées entre 2007 et 2009, le pourcentage médian de personnes vivant avec le VIH et ayant connaissance de leur statut par rapport à cette infection était inférieur à 40 %.*
- *Les programmes de conseil et de dépistage doivent être mieux adaptés aux contextes épidémiologiques locaux.* Une riposte efficace implique des mesures pour accroître l'utilisation des services, en particulier auprès des groupes identifiés comme à risque, tout en respectant les droits humains.

<sup>1</sup> Les données de 2008 et 2007 peuvent différer de celles publiées dans les rapports précédents du fait de mises à jour ou de corrections faites par les pays.

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

## Principales conclusions

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

---

- *Un plus grand nombre de pays ont indiqué mener une surveillance de l'infection à VIH dans des groupes identifiés comme étant à risque élevé d'être infectés par le VIH. Sur les 144 pays à revenu faible ou moyen étudiés, 42 ont indiqué qu'ils menaient une surveillance de l'infection à VIH auprès des toxicomanes par voie intraveineuse, contre 41 en 2008. Le nombre de pays menant une surveillance de l'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et auprès des professionnel(le)s du sexe a augmenté pour passer respectivement de 44 à 54 et de 65 à 74.*
- *Dans les 27 pays ayant transmis des données pour l'année 2009, le pourcentage médian de toxicomanes par voie intraveineuse bénéficiant des programmes de prévention de l'infection à VIH au cours des 12 mois précédant l'enquête était de 32 %.*
- *La couverture des programmes de réduction des risques est restée faible en 2009. Sur 92 pays ayant transmis des données, 36 disposaient de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et 33 proposaient des thérapies de substitution aux opioïdes. Dans les pays indiquant disposer de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, le nombre de seringues distribuées annuellement à chaque toxicomane par voie intraveineuse est demeuré inférieur à 200, chiffre représentant le seuil international recommandé par an pour chaque toxicomane par voie intraveineuse.*
- *Pour les 21 pays ayant transmis des données pour l'année 2009, le pourcentage médian d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes bénéficiant des programmes de prévention de l'infection à VIH au cours des 12 mois précédant l'enquête était de 57 %. Sur le plan régional, la couverture médiane la plus étendue en 2009 a concerné l'Europe et l'Asie centrale, où elle était de 63 %.*
- *Pour les 38 pays ayant transmis des données pour l'année 2009, le pourcentage médian de professionnel(le)s du sexe bénéficiant des programmes de prévention de l'infection à VIH au cours des 12 mois précédant l'enquête était de 58 %. Sur le plan des programmes de prévention, la couverture médiane la plus étendue a concerné l'Amérique latine et les Caraïbes, où elle était de 76 %.*

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

---

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

# UNIVERSEL

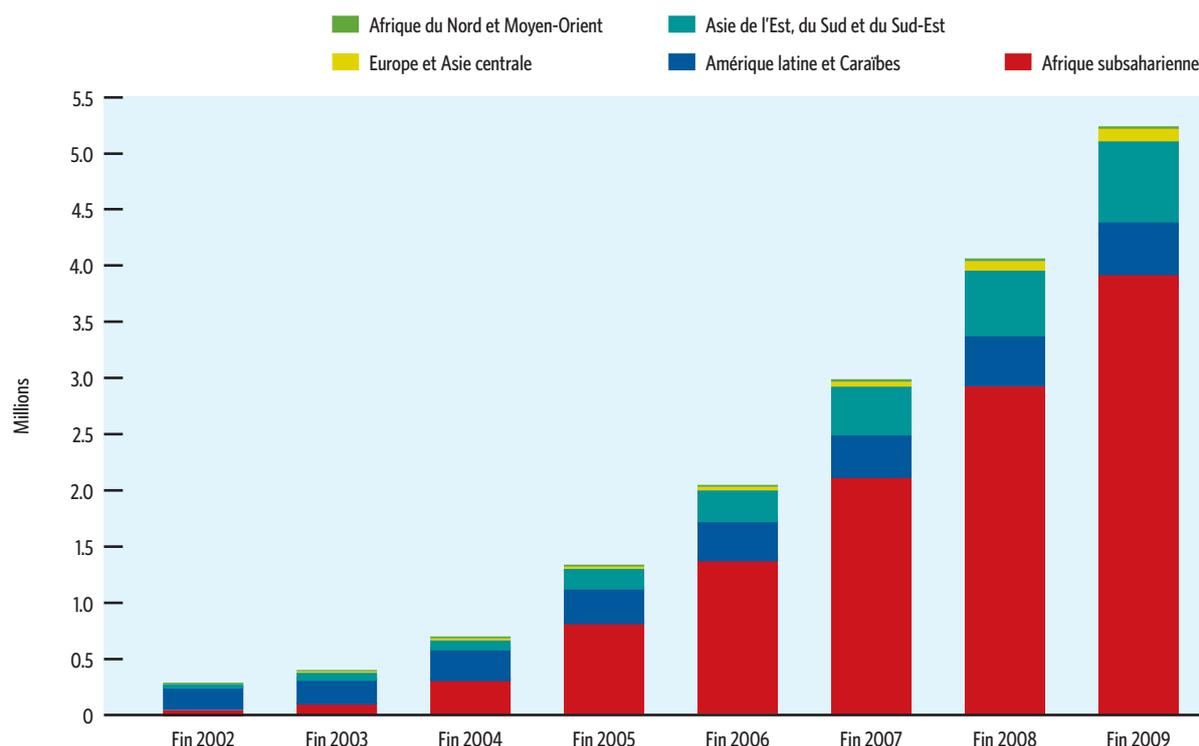
## TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

### Principales conclusions

- Fin 2009, 5 250 000 personnes recevaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen, soit une augmentation de 1,2 million de personnes par rapport à décembre 2008. Ceci représente une augmentation de 30 % par rapport à l'année précédente et une augmentation de 13 fois en six ans. C'est en Afrique subsaharienne que le nombre absolu de personnes recevant un traitement a connu la plus forte augmentation, passant de 2 950 000 en décembre 2008 à environ 3 910 000 une année plus tard.
- En décembre 2009, huit pays à revenu faible ou moyen étaient déjà parvenus à un accès universel au traitement antirétroviral, qui se définit par la fourniture d'un traitement antirétroviral à au moins 80 % des patients qui en ont besoin ; 21 pays supplémentaires étaient par ailleurs parvenus à un taux de couverture dépassant 50 %.
- L'OMS recommande maintenant que les adultes et les adolescents commencent un traitement antirétroviral à un stade plus précoce de la maladie. Dans les lignes directrices mises à jour de l'OMS, il est recommandé que tous les adultes et les adolescents, y compris les femmes enceintes, infectés par le VIH et dont le nombre de CD4 est inférieur ou égal à 350 cellules/mm<sup>3</sup>, commencent un traitement antirétroviral, qu'ils présentent ou non des symptômes cliniques. Ces changements se traduisent par un accroissement du nombre estimé de personnes ayant besoin de traitement antirétroviral à la fin de 2009, de 10.1 à 14.6 millions [13.5-15.8 millions].
- En décembre 2009, 45 pays avaient déjà intégré dans leurs directives nationales de traitement les nouvelles recommandations de l'OMS sur les critères d'admissibilité pour commencer un traitement, et sur les schémas thérapeutiques pour les adultes et les adolescents ; 33 pays avaient entrepris d'arrêter progressivement l'utilisation de la stavudine (d4T).
- En 2009, la couverture du traitement antirétroviral a continué à progresser dans les pays à revenu faible ou moyen. Sur la base du nouvel ensemble de critères pour commencer un traitement, la couverture a augmenté, passant de 28 % [26-31 %] en décembre 2008 à 36 % [33-39 %] à la fin de 2009. Selon les anciens critères pour commencer un traitement (nombre de CD4 inférieur ou égal à 200 cellules/mm<sup>3</sup>), la couverture aurait atteint 52 % [47-58 %] en 2009.
- Le nombre d'enfants de moins de 15 ans recevant un traitement antirétroviral a augmenté de 29 % entre 2008 et 2009. À la fin de l'année 2009, environ 356 400 enfants recevaient un traitement antirétroviral, alors qu'ils étaient 275 300 à la fin de l'année 2008. Les enfants représentent 6,8 % des personnes recevant un traitement antirétroviral, et 8,7 % des personnes ayant besoin de ce traitement.
- Dans 95 pays ayant transmis des données, la couverture du traitement antirétroviral était plus élevée chez les femmes que chez les hommes, respectivement de 39 % et de 31 % selon les estimations.
- Les données portant sur la proportion de patients continuant à recevoir un traitement antirétroviral au fil du temps ont encore montré que la réduction du nombre de patients survenait principalement au cours de la première année de traitement et que le taux de rétention se stabilisait par la suite. En 2009, le taux de rétention moyen sur 12 mois était de 82 % dans les pays à revenu faible ou moyen.
- On dispose maintenant de davantage de données montrant l'impact positif du traitement antirétroviral sur la transmission du VIH ; des recherches complémentaires sont en cours pour identifier et étudier les implications sur les politiques et les implications opérationnelles d'un tel constat.

- *Vingt-huit pays ont réalisé des enquêtes pour classer le niveau de pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux, ou sont en train de mettre en place ce type d'enquête. Des résultats soumis à une procédure d'assurance qualité sont disponibles pour 15 enquêtes. Dans 13 enquêtes, la pharmacorésistance transmise du VIH aux antirétroviraux était classifiée comme faible (< 5 %) , et dans deux d'entre elles, comme modérée (entre 5 % et 15 %).*
- *Entre 2008 et 2009, le prix des différents schémas thérapeutiques de première intention a continué à diminuer, mais de façon limitée. Cependant le prix des schémas thérapeutiques de deuxième intention est resté lui considérablement plus élevé que celui des schémas thérapeutiques de première intention. En 2009, la médiane pondérée du prix des six schémas thérapeutiques de première intention les plus utilisés était de US\$ 137 par personne et par an dans les pays à revenu faible, de US\$ 141 dans les pays à revenu moyen de la tranche inférieure, et de US\$ 202 dans les pays à revenu moyen de la tranche supérieure. Pour les schémas thérapeutiques de deuxième intention les plus utilisés, la médiane pondérée du prix par personne et par an était respectivement d'US \$ 853, US \$ 1378 et US \$ 3638.*
- *Dans les pays à revenu faible ou moyen hors Amériques (soit 59 pays), 97,5 % des patients adultes recevaient un schéma thérapeutique de première intention, et 2,4 % un schéma thérapeutique de deuxième intention. Dans la Région des Amériques (soit 17 pays à revenu faible ou moyen), 84 % des patients adultes recevaient un schéma thérapeutique de première intention, 9,7 % un schéma thérapeutique de deuxième intention et 6,3 % un traitement de sauvetage.*
- *Au cours de ces dernières années, des progrès importants ont été accomplis pour augmenter le nombre de patients atteint de tuberculose bénéficiant d'un conseil et d'un dépistage du VIH. En 2008, près de 1,4 million de patients atteints de tuberculose connaissaient leur statut par rapport au VIH, ce qui représentait 22 % des cas déclarés, comparé à 16 % en 2007 et 3,2 % en 2004. Chez les patients vivant avec le VIH et la tuberculose, la couverture du traitement antirétroviral était faible, et la mise en œuvre de la stratégie des « trois i » pour lutter contre la tuberculose – dépistage intensifié des cas de tuberculose chez les patients présentant une infection à VIH, traitement préventif par l'isoniazide, et lutte contre l'infection tuberculeuse – est demeurée insuffisante.*

## Nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible et limité, par région, 2002–2009



**Nombre d'adultes et d'enfants (cumulés) recevant un traitement antirétroviral, nombre de ceux ayant besoin d'un traitement antirétroviral et taux de couverture dans les pays à revenu faible ou moyen par région, de la période décembre 2008-décembre 2009**

Région géographique	Décembre 2009			Décembre 2008		
	Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, selon les lignes directrices de l'OMS de 2010 [fourchette]	Estimation de la couverture du traitement antirétroviral, selon les lignes directrices de l'OMS de 2010 [fourchette] <sup>a</sup>	Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral, selon les lignes directrices de l'OMS de 2010 [fourchette]	Estimation de la couverture du traitement antirétroviral, selon les lignes directrices de l'OMS de 2010 [fourchette] <sup>a</sup>
Afrique subsaharienne	3 911 000	10 600 000 [9 700 000-11 500 000]	37% [34-40%]	2 950 000	10 400 000 [9 500 000-11 300 000]	28% [26-31%]
Afrique orientale et australe	3 203 000	7 800 000 [7 200 000-8 300 000]	41% [38-45%]	2 416 000	7 600 000 [7 000 000-8 100 000]	32% [30-34%]
Afrique centrale et occidentale	709 000	2 900 000 [2 500 000-3 200 000]	25% [22-28%]	533 000	2 800 000 [2 500 000-3 200 000]	19% [17-22%]
Amérique latine et Caraïbes	478 000	950 000 [810 000-1 000 000]	50% [46-59%]	439 000	920 000 [790 000-1 000 000]	48% [44-56%]
Amérique latine	425 000	840 000 [700 000-940 000]	51% [45-61%]	400 000	810 000 [680 000- 900 000]	49% [45-59%]
Caraïbes	52 400	110 000 [95 000-120 000]	48% [42-55%]	39 900	110 000 [93 000-120 000]	37% [33-43%]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	739 000	2 400 000 [2 000 000-2 900 000]	31% [26-36%]	571 000	2 300 000 [2 000 000-2 900 000]	25% [20-29%]
Europe et Asie centrale	114 000	610 000 [550 000-710 000]	19% [16-21%]	84 400	570 000 [510 000-660 000]	15% [13-17%]
Afrique du Nord et Moyen-Orient	12 000	100 000 [88 000-120 000]	11% [10-14%]	9 100	91 000 [75 000-110 000]	10% [9-12%]
<b>Tous pays les à revenu faible ou moyen</b>	<b>5 254 000</b>	<b>14 600 000</b> <b>[13 500 000-15 800 000]</b>	<b>36%</b> <b>[33-39%]</b>	<b>4 053 000</b>	<b>14 300 000</b> <b>[13 200 000-15 400 000]</b>	<b>28%</b> <b>[26-31%]</b>

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

a L'estimation de la couverture est basée sur les estimations non arrondies du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral et du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral.

# ÉTENDRE LES SERVICES ANTI-VIH POUR LES FEMMES ET LES ENFANTS

## Principales conclusions

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

**Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), du nombre de celles qui avaient besoin de ces antirétroviraux et du taux de couverture dans les pays à revenu faible ou moyen par région, 2009**

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

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

a L'estimation de la couverture est basée sur les estimations non arrondies du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral et du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral.

## APRÈS 2010

En 2009, des avancées considérables ont encore été enregistrées dans les pays à revenu faible ou moyen en ce qui concerne l'élargissement de l'accès aux interventions clés du secteur de la santé, notamment l'accès au conseil et au dépistage du VIH, au traitement antirétroviral et à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Au cours de cette année-là, 1,2 million de personnes supplémentaires ont reçu un traitement antirétroviral capable de leur sauver la vie, portant à 5,25 millions le nombre total de personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen. En 2009, 53 % des femmes enceintes infectées par le VIH ont reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission de l'infection à leur enfant. D'importantes données nouvelles montrant les avantages secondaires du traitement antirétroviral dans la prévention de la transmission de l'infection à VIH sont maintenant disponibles. Des millions de vies ont été sauvées et des millions de nouveaux cas d'infection évités ; adultes et enfants bénéficient donc déjà dans le monde entier d'une combinaison d'interventions alliant prévention, traitement et prise en charge.

Mais un pourcentage élevé de personnes n'a toujours pas accès aux interventions dont elles ont besoin. Malgré les avancées importantes obtenues dans la prévention des nouveaux cas d'infection, 2,7 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2008. L'acceptation du test de dépistage du VIH a rapidement progressé ; pourtant, la majorité des personnes vivant avec le VIH ne connaît pas son statut par rapport à cette infection. La plupart commencent donc un traitement à un stade avancé de la maladie. Dans de nombreux pays, la couverture des interventions de prévention demeure inférieure à 50 % pour les groupes à risque élevé d'être infectés par le VIH. À moins de 3 mois de l'échéance de décembre 2010, la plupart des pays à revenu faible ou moyen n'ont pas encore rempli leur engagement pour atteindre l'accès universel.

Paradoxalement, alors que la crise économique mondiale de 2008-2009 mettait en jeu la pérennité de nombreux programmes de lutte contre le VIH, jamais il n'y a eu autant de données montrant l'impact positif et croissant des investissements dans la lutte contre le VIH sur la réduction des nouvelles infections et des décès, et pour garantir aux personnes vivant avec le VIH une vie en bonne santé. Les progrès obtenus risquent d'être réduits à néant si les engagements financiers et programmatiques ne sont pas pérennisés et renforcés.

Pour résoudre ces difficultés, des mesures doivent être prises selon quatre orientations stratégiques : (i) étendre et optimiser la riposte mondiale au VIH, (ii) catalyser l'impact des programmes de lutte contre le VIH sur les autres résultats en matière de santé, (iii) renforcer les systèmes de santé en vue d'une riposte durable et complète, et (iv) agir sur les facteurs structurels qui peuvent entraver la riposte, y compris les violations des droits humains.

### Faire plus, de façon plus stratégique

D'abord et avant tout, les avancées durement obtenues au cours de la dernière décennie doivent être maintenues et consolidées. Devant le chemin à parcourir d'ici 2015, il faut mettre la priorité sur l'amélioration des résultats en termes de prévention, de traitement et de prise en charge de l'infection à VIH. Améliorer le rapport coût-performance de la riposte mondiale au VIH implique d'accroître la qualité des prestations de service pour augmenter le taux de rétention sous traitement et dans les programmes de traitement antirétroviral, réduire le nombre de décès précoces et de perdus de vue, améliorer l'observance et prolonger de façon optimale l'utilisation de schémas thérapeutiques de première intention efficaces et moins coûteux. Cela exige une meilleure compréhension de l'épidémie, y compris des comportements qui favorisent sa propagation ou qui augmentent l'impact des différentes interventions de prévention. Il faut renforcer les liens et les systèmes d'orientation entre les différents programmes et des systèmes flexibles doivent être mis en œuvre afin d'identifier et de lever les obstacles à la réalisation des différentes actions entreprises. Pour améliorer le fonctionnement et l'efficacité, les donateurs et les partenaires du développement ont également un rôle majeur à jouer en garantissant un coût des transactions moins élevé, une plus grande harmonisation des efforts et un meilleur alignement avec les priorités des pays.

Simultanément, il est nécessaire de plaider en faveur d'investissements supplémentaires afin d'étendre la couverture des interventions essentielles. Les allocations budgétaires nationales destinées aux services anti-VIH doivent être considérablement augmentées dans les pays à revenu faible ou moyen. Au cours d'une conférence tenue en 2001 à Abuja (Nigéria) à l'initiative de l'Organisation de l'Unité Africaine, les États africains se sont engagés à allouer au moins 15 % de leur budget annuel au secteur de la santé (7). Si des avancées ont été enregistrées, les

allocations doivent être encore augmentées en moyenne de plus de 50 % pour correspondre aux objectifs fixés à Abuja (8). Concomitamment, les pays à revenu élevé doivent réaffirmer leur engagement collectif vis-à-vis de l'accès universel, comme il avait été convenu par les dirigeants du G8 à Gleneagles en 2005 puis réaffirmé lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006 (9). Il est important que les ressources provenant de l'aide bilatérale et multilatérale des donateurs, des organismes de développement et de l'appui technique soient suffisantes pour appuyer adéquatement les plans d'extension des services de lutte contre le VIH dans les différents pays. En particulier, il est essentiel de conserver et d'améliorer ce qui a été accompli à ce jour en garantissant la troisième reconstitution des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

## **Tirer parti du potentiel qu'offre la riposte mondiale au VIH pour obtenir des bénéfices plus larges dans les domaines de la santé et du développement**

La durabilité et l'efficacité de la riposte mondiale au VIH dépendent des autres bénéfices qu'elle peut apporter dans le domaine de la santé et du développement, et de la manière dont ces bénéfices sont apportés. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, M. Ban Ki-moon, l'a récemment déclaré : l'accès à la prévention de l'infection à VIH ainsi que le traitement, la prise en charge et le soutien des malades constituent avant tout une passerelle nécessaire pour atteindre l'ensemble des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) (10). Pour aider à atteindre la plupart de ces objectifs, il est en effet essentiel de ralentir le rythme de survenue de nouvelles infections à VIH et de diminuer la morbidité et la mortalité liées à cette infection. En Afrique subsaharienne par exemple, plus de 25 % des décès chez les femmes en âge de procréer sont causés par l'infection à VIH ou la tuberculose (11). Pour la réalisation de l'OMD 5 - améliorer la santé des femmes -, il est indispensable de fournir aux malades une prise en charge et un traitement appropriés. Pour aider à atteindre l'OMD 4 - réduire la mortalité infantile -, il faut protéger les nouvelles générations de l'infection à VIH par une prévention efficace de la transmission mère-enfant. La poursuite de l'extension du traitement antirétroviral permettra en conséquence d'augmenter son impact sur la réduction de la transmission du VIH chez l'adulte et l'enfant. Le traitement antirétroviral a déjà contribué à diminuer à la fois l'incidence de la tuberculose et la mortalité qui lui est associée (voir encadré 4.14).

Le succès de la riposte au VIH permet aussi d'obtenir des avancées plus nombreuses dans le domaine du développement. La prévention et le traitement de l'infection

à VIH permettent aux personnes de vivre en bonne santé, d'avoir une vie productive, d'accroître le résultat de leurs activités et de diminuer la vulnérabilité de leur foyer vis-à-vis de la pauvreté et de la faim. Ils permettent également aux enfants d'échapper à la condition d'orphelin, et donc de conserver leurs moyens de subsistance alors que la transmission de génération en génération du capital humain est maintenue. Ils aident aussi à conserver un nombre d'instituteurs suffisant pour garantir un enseignement primaire de qualité. Ils renforcent la position des femmes en révélant les inégalités entre les sexes et en agissant en faveur de la santé et des droits dans le domaine de la santé sexuelle et génésique. Si les efforts ne sont pas accrus, la plupart des pays ne parviendront pas à atteindre l'accès universel au traitement et à la prévention ainsi qu'à la prise en charge des malades, ce qui par contre-coup réduira de manière générale l'impact des investissements dans le domaine du développement.

## **Vers des systèmes de santé intégrés et renforcés**

En attirant de nouvelles ressources financières indispensables pour la santé, en renforçant les capacités des systèmes en place et en introduisant, souvent pour la première fois là où les ressources sont limitées, des approches de prise en charge d'une maladie chronique, les programmes de lutte contre le VIH ont aidé à renforcer les systèmes de santé dans les pays. En Zambie par exemple, la proportion de femmes remplissant les critères d'admissibilité pour le traitement et commençant celui-ci a doublé depuis que le traitement antirétroviral a été intégré dans les consultations de santé maternelle et infantile existantes dans le secteur public de Lusaka (voir encadré 5.5). Néanmoins, il faut faire davantage pour garantir que les investissements de la riposte au VIH se traduisent par le renforcement des systèmes de santé au sens large.

Intégrer les services, les stratégies et les plans peut non seulement améliorer l'équité, l'accès et la couverture, mais aussi augmenter la qualité et l'efficacité de la prise en charge des malades. Pour réaliser ces synergies, les programmes de lutte contre le VIH doivent être mis en œuvre dans un cadre de soins de santé primaires capable de fournir des services intégrés qui traitent les multiples besoins du patient en assurant la continuité des soins. Ceci inclut les services de santé maternelle et infantile, la réduction des risques, et la prise en charge de la tuberculose, des infections sexuellement transmissibles et des hépatites virales. Pour garantir que les interventions proposées sont appropriées et délivrées au plus près possible des patients, et que ceux-ci les utilisent le plus largement possible, les communautés doivent être davantage impliquées dans la gestion des programmes et dans la fourniture des services.

## **Faire face aux barrières structurelles par une approche se fondant sur les droits**

---

Une approche globale, qui cherche à la fois l'équité et l'efficacité, requiert que toutes les personnes qui en ont besoin soient capables d'avoir accès à la prévention, au traitement et à une prise en charge, y compris les populations et les groupes à risque élevé d'être infectés par le VIH, tels que les professionnel(le)s du sexe, les toxicomanes par voie intraveineuse, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transsexuelles, les détenus et les migrants. Encore en 2010, le harcèlement et la discrimination poussent souvent ces groupes à vivre en marge de la société, hors d'atteinte des services de santé. Une plus grande attention doit être portée à la manière dont la loi et les valeurs sociales interagissent, ces interactions pouvant entraver l'accès aux services de santé indispensables et compromettre le bon fonctionnement des programmes de lutte contre le VIH. Criminaliser la transmission de l'infection à VIH, les relations homosexuelles, le commerce du sexe et la consommation de drogues réduit l'efficacité des interventions destinées à prévenir la transmission de l'infection à VIH dans ces groupes, et rend certains individus beaucoup moins enclins à rechercher un traitement et une prise en charge susceptibles de leur sauver la vie. La pauvreté et la marginalisation sociale compliquent encore nombre de ces problèmes (12).

Répondre aux besoins de ces groupes à risque élevé d'être infectés par le VIH implique des mesures énergiques pour faire respecter leurs droits humains et pour préserver ces populations de la violence et de l'exclusion. Il faut concentrer les efforts pour faire cesser les lois répressives et créer un environnement légal permettant de prendre des mesures contre les violations des droits humains entravant aujourd'hui certaines des actions qui seraient efficaces pour lutter contre le sida. La participation des communautés concernées et de la société civile dans la conception des politiques, la gestion des programmes et la prestation de service demeure un élément indispensable à la réussite de la riposte sous toutes ses formes.

Les actions à mener dans le cadre de la riposte mondiale au VIH sont encore loin d'être achevées. Faute d'un accès suffisant à la prévention, au traitement et à la prise en charge, des milliers de personnes sont infectées ou meurent encore chaque jour. L'accès universel ne sera pas une réalité partout dans le monde d'ici la fin 2010, mais les investissements placés dans la riposte mondiale contre l'infection à VIH se sont déjà révélés payants. Plus vite des services de qualité seront disponibles à grande échelle, plus les avancées sociales et économiques obtenues seront substantielles, avec une réduction du nombre d'infections, une diminution de la mortalité et des millions de personnes pouvant vivre plus longtemps et en bonne santé.

## REFERENCES

1. Rencontre de haut niveau sur le SIDA 2006. *Unir le monde contre le SIDA*. New York, Nations Unies, 31 mai-2 juin 2006. (<http://www.un.org/french/ga/aidsmeeting2006/>, consulté en ligne le 8 septembre 2010).
2. ONUSIDA. *Une action conjointe en vue de résultats - Cadre de résultats de l'ONUSIDA, 2009-2011*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2010 ([http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/jc1713\\_joint\\_action\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/jc1713_joint_action_fr.pdf), consulté en ligne le 8 septembre 2010).
3. Centre de connaissances [site Web]. *L'Afrique se prépare à stopper la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'horizon 2015*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2010. ([http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2010/20100526\\_PMTCT.asp](http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2010/20100526_PMTCT.asp), consulté en ligne le 8 septembre 2010).
4. Stuckler D., Basu S., McKee M. Drivers of Inequality in Millennium Development Goals Progress: A Statistical Analysis. *PLoS Medicine*, 2010, 7: e10000241. doi:10.1371/journal.pmed.10000241. (<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000241>, consulté en ligne le 8 septembre 2010).
5. World Health Organization, UNICEF, UNFPA and The World Bank. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008 Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html> accessed 15 September 2010).
6. Hogan et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980—2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal. *The Lancet*, 2010, 375:1609 - 1623, 8 mai 2010. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60518-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60518-1/fulltext), consulté en ligne le 8 septembre 2010).
7. Organisation de l'Unité africaine. *Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes*. Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes, Abuja, Nigéria, 26-27 avril 2001. Union africaine, 2001 (OUA/SPS/Abuja/3).
8. *Trends in development assistance and domestic financing for health in implementing countries*. Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, 2010. ([http://www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2010/Trends\\_in\\_Development\\_Assistance\\_and\\_Domestic\\_Financing\\_for\\_Health\\_in\\_Implementing\\_Countries.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2010/Trends_in_Development_Assistance_and_Domestic_Financing_for_Health_in_Implementing_Countries.pdf), consulté en ligne le 8 septembre 2010).
9. Déclaration politique sur le VIH/sida - Résolution 60/262 de l'Assemblée générale des Nations Unies. Nations Unies, New York, 2006. ([http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615\\_HLM\\_PoliticalDeclaration\\_ARES60262\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_fr.pdf), consulté en ligne le 8 septembre 2010).
10. *Progress made in the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS - Rapport du Secrétaire Général*. New York, Nations Unies, avril 2010.
11. *Les femmes et la santé: la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. (<http://www.who.int/gender/documents/9789241563857/fr/index.html>, consulté en ligne le 8 septembre 2010).
12. *Blâme et bannissement: l'épidémie souterraine de VIH touchant les enfants d'Europe de l'Est et d'Asie centrale* (disponible en anglais: *Blame and banishment. The underground HIV epidemic affecting children in Eastern Europe and Central Asia*). Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), 2010 ([http://www.unicef.org/media/files/UNICEF\\_Blame\\_and\\_Banishment.pdf](http://www.unicef.org/media/files/UNICEF_Blame_and_Banishment.pdf), consulté en ligne le 8 septembre 2010).





Pour plus d'informations, consultez :  
Organisation mondiale de la Santé  
Département VIH/sida  
Avenue Appia 20  
1211 Genève 27  
Suisse  
E-mail : [hiv-aids@who.int](mailto:hiv-aids@who.int)  
[www.who.int/hiv](http://www.who.int/hiv)