



**Comité régional de la
Méditerranée orientale**

EM/RC55/INF.DOC.1
Août 2008

Cinquante-cinquième session

Original : arabe

Point 4 a) de l'ordre du jour

Rapport de situation

VIH/sida

Table des matières

1.	Introduction : objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH.....	1
2.	Le point sur la situation de l'épidémie de VIH/sida dans la Région.....	1
3.	Progrès dans le renforcement de la riposte du secteur public à l'épidémie de VIH/sida	3
3.1	Traitement et soins du VIH/sida	3
3.2	Conseil et dépistage du VIH.....	5
3.3	Prévention de la transmission mère-enfant.....	6
3.4	Interventions ciblant les populations les plus exposées.....	7
3.5	Renforcement de la surveillance.....	7
3.6	Lutte contre d'autres infections sexuellement transmissibles	8
3.7	Mobilisation des ressources	9
4.	Futurs enjeux et plans	9

1. Introduction : objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH

En 2006, suite à l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 », les gouvernements du monde entier, les organisations de la société civile ainsi que les organisations co-parrainantes de l'ONUSIDA et autres se sont engagés à travailler conjointement pour progresser vers un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins du VIH et au soutien pour ceux qui en ont besoin. L'OMS, en tant qu'institution spécialisée des Nations Unies pour la santé et co-parrainante de l'ONUSIDA responsable de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, a établi des priorités pour son travail technique et son soutien aux pays, fondées sur cinq orientations stratégiques. Chacune d'entre elles représente un domaine essentiel où le secteur de la santé doit investir pour progresser vers la réalisation de l'objectif d'accès universel.

- Permettre aux individus de connaître leur statut sérologique.
- Élargir au maximum la contribution du secteur de la santé à la prévention du VIH.
- Accélérer l'extension du traitement et des soins du VIH/sida.
- Renforcer et étendre les systèmes de santé.
- Investir dans l'information stratégique pour améliorer l'efficacité de la riposte.

En 2007, le Bureau régional a concentré ses efforts sur la fourniture de conseils et le renforcement des capacités dans le domaine des informations stratégiques, tout en aidant les pays selon leurs besoins spécifiques à étendre l'accès aux soins et traitement du VIH, les services de conseil et dépistage et la prévention des infections sexuellement transmissibles et de la transmission du VIH liée à l'utilisation de drogues injectables.

2. Le point sur la situation de l'épidémie de VIH/sida dans la Région

Fin 2007, le nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH dans la Région de la Méditerranée orientale atteignait 530 000 (entre 420 000 et 700 000) et on estimait à 55 000 (entre 28 000 et 110 000) le nombre de nouvelles infections à VIH en 2007¹. Malgré les efforts pour accroître l'accès au traitement antirétroviral dans la Région, on estime que 33 000 (entre 28 000 et 46 000) adultes et enfants sont décédés de l'infection à VIH. Compte tenu de la médiocrité des systèmes de surveillance dans la plupart des pays de la Région, les marges de ces estimations restent larges².

La différence dans les estimations entre le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2006 et 2007 (620 000 contre 530 000 respectivement) et dans le nombre de nouvelles infections à VIH (100 000 contre 55 000 respectivement) est due principalement à la disponibilité accrue de données fiables sur lesquelles fonder les estimations et à de meilleures méthodes d'estimation sur le VIH^{1,2}. Par conséquent, l'apparente baisse est artificielle et ne devrait pas être interprétée comme réelle, car les estimations de 2006 et de 2007 ne sont pas comparables en raison des changements dans la méthode utilisée pour l'estimation.

Le Bureau régional recueille chaque trimestre les notifications de cas de VIH et de sida auprès des pays de la Région. Fin 2007, les pays indiquaient un nombre cumulatif de 18 574 cas de sida (les pays n'ont pas tous présenté leur rapport). Quatre-vingt onze pour cent (91 %) des cas de sida signalés dans la Région à ce jour concernent des adultes, 8 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans et 2 % des enfants de moins de 5 ans. Vingt-neuf pour cent (29 %) du total cumulatif de cas de sida signalés concernent des femmes.

Sur le total cumulatif de cas de sida signalés, 31 % sont de mode de transmission inconnu. Sur le total de cas de sida dont le mode de transmission est connu, le principal mode de transmission du VIH est la relation hétérosexuelle (77 %), suivie par l'utilisation de drogues injectables (11 %), la transfusion de sang (5 %) et la transmission de la mère à l'enfant (2 %). Le Tableau 1 donne un aperçu de la situation de l'épidémie de VIH par pays.

¹ *Le point sur l'épidémie de sida*. ONUSIDA, 2007

² *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. ONUSIDA, 2006

La prévalence du VIH estimée chez les adultes âgés de 15 à 49 ans dans la Région est de 0,2 % (0,1 % - 0,3 %) fin 2007¹. Cette prévalence varie considérablement entre les pays. Il existe également des différences au sein des pays et elles ont été confirmées dans certains pays par des enquêtes utilisant la même méthodologie dans des zones géographiques différentes. Par exemple, depuis plus d'un an, le Maroc et la Somalie utilisent systématiquement la méthodologie de la sérosurveillance sentinelle anonyme non corrélée du VIH et de la syphilis chez les personnes fréquentant les consultations prénatales, les tuberculeux et les patients souffrant d'infections sexuellement transmissibles (IST) dans différentes parties du pays. Ces pays sont maintenant en mesure d'observer les différences dans la prévalence du VIH dans le pays et les tendances au fil du temps.

La plupart des pays de la Région indiquent de faibles taux d'épidémie de VIH, à savoir une prévalence du VIH < 1 % dans la population générale et < 5 % dans les groupes à risque. Ces pays sont : l'Afghanistan, l'Arabie saoudite, l'Égypte, les Émirats arabes unis, l'Iraq, la Jamahiriya arabe libyenne, la Jordanie, le Liban, le Maroc, la Palestine, Qatar, la République arabe syrienne, la Tunisie et le Yémen. Toutefois, une surveillance biologique limitée de l'infection à VIH peut masquer une prévalence plus élevée dans des populations et zones géographiques spécifiques.

Tableau 1. Charge morbide du VIH/sida dans la Région de la Méditerranée orientale, 2007

Pays	Prévalence du VIH estimée dans la population adulte (en %) ^a	Nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH ^a	Nombre estimatif de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral sur la base de la méthode ONUSIDA/OMS ^b	Nombre d'adultes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon l'estimation du pays ^c	Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral ^c
Afghanistan	< 0,1 % ^d	< 1000 ^d	ND	ND	0
Arabie saoudite	ND	ND	ND	ND	ND
Bahreïn	ND	< 1000	ND	ND	ND
Djibouti	3,1	15 000	4500	ND	705
Égypte	< 0,1	5300	2200	ND	209
Émirats arabes unis	ND	ND	ND	ND	ND
Iran (République islamique d')	0,2	66 000	19 000	8730	829
Iraq	ND	ND	ND	ND	0
Jamahiriya arabe libyenne	ND	ND	ND	1500	1000
Jordanie	< 0,1 % ^d	< 1000	ND	100	53
Koweït	ND	< 1000	ND	ND	ND
Liban	0,1	2900	940	432	246
Maroc	0,1	19 000	5300	2230 ^e	1648 ^e
Oman	< 0,5 % ^d	3854 ^d	ND	350	260
Pakistan	0,1	85 000	20 000	7400	550
Palestine	ND	ND	ND	ND	0
Qatar	ND	ND	ND	ND	ND
République arabe syrienne	ND	ND	ND	200	75
Somalie	0,9	44 000	6300	5284	211
Soudan	1,6	350 000	87 000	52 272	895
Tunisie	0,1	8700	1000	ND	298
Yémen	< 0,2 % ^d	20 000 ^d	ND	3150 ^d	150 ^d

ND : données non disponibles

Source :

^a Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006. Édition spéciale de l'ONUSIDA pour son 10^e anniversaire. Genève, ONUSIDA, 2006.

^b Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2008. Genève, OMS/ONUSIDA/UNICEF, 2008

^c Rapports des pays sur l'accès universel 2007

^d Programme national de lutte contre le sida, mars-juin 2008

^e Rapport de l'UNGASS (Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida) à l'ONUSIDA/OMS

Djibouti, le Soudan et certaines parties de la Somalie connaissent une nouvelle épidémie généralisée (prévalence du VIH > 1 % dans la population générale). La République islamique d'Iran, la Jamahiriya arabe libyenne et le Pakistan sont eux confrontés à une épidémie concentrée (prévalence du VIH > 5 %) parmi les utilisateurs de drogues injectables. Les données de surveillance du Pakistan entre 2006 et 2007 montrent une prévalence de 15,8 % parmi les utilisateurs de drogues injectables³. Une enquête de 2007 a révélé que la prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables était de 18,8 % en République islamique d'Iran⁴. En outre, certaines données indiquent une épidémie concentrée parmi les utilisateurs de drogues injectables à Oman et Bahreïn. Une enquête de 2006 auprès des utilisateurs de drogues injectables à Kaboul (Afghanistan) a révélé une prévalence du VIH de 3 %, suggérant un risque imminent d'épidémie croissante de VIH dans cette population.

Les pays de la Région ont commencé à investir dans l'évaluation des comportements à risque et de la prévalence du VIH parmi d'autres populations vulnérables et les plus exposées au risque, comme les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les professionnelles du sexe, les détenus et les migrants. L'Arabie saoudite, la République arabe syrienne et le Yémen ont lancé en 2007 des activités de surveillance dans les populations identifiées. Une prévalence du VIH de 9,3 % et 6,2 % a été respectivement détectée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Soudan⁵ et en Égypte⁶. En 2005-2006, une prévalence de 0,8 % a été détectée chez les professionnels du sexe travestis au Pakistan qui ont été identifiés comme un groupe de population à haut risque⁷. Une prévalence du VIH de 8,6 % a été récemment enregistrée parmi les détenus de l'État de Khartoum (Soudan)⁸.

Afin de faciliter la planification rentable pour étendre l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien pour ceux qui en ont besoin, il est très important que chaque pays identifie ses propres caractéristiques épidémiologiques. Cela inclut notamment l'estimation de la taille des populations les plus à risque ainsi que la cartographie des facteurs de risque et de vulnérabilité. En fonction de ces informations, des interventions appropriées visant à protéger les personnes vulnérables et les plus à risque seront plus efficaces pour prévenir toute expansion de l'épidémie de VIH.

Le Bureau régional a travaillé en 2007 avec les ministères de la Santé, l'ONUSIDA et ses organismes co-parrainants, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et divers autres partenaires internationaux et nationaux pour élargir l'accès aux services de prévention et de soins du VIH. Les efforts se sont concentrés sur les domaines suivants : traitement et soins du VIH, prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), interventions de conseil et dépistage du VIH pour les utilisateurs de drogues injectables, lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et surveillance de l'épidémie de VIH/sida.

3. Progrès dans le renforcement de la riposte du secteur public à l'épidémie de VIH/sida

3.1 Traitement et soins du VIH/sida

En 2007, un total estimatif de 150 000 personnes vivant avec le VIH/sida avait besoin de traitement antirétroviral dans la Région, dont la moitié vivait au Soudan. L'accès aux services de traitement et de soins du VIH/sida a continué à s'étendre lentement mais régulièrement dans presque tous les pays. La figure 1 présente les données de certains pays. La couverture globale des personnes vivant avec le VIH

³ HIV Second Generation Surveillance in Pakistan. National Report Round II. 2006–2007

⁴ WHO Universal Access Framework Questionnaire Report for Iran, 2007

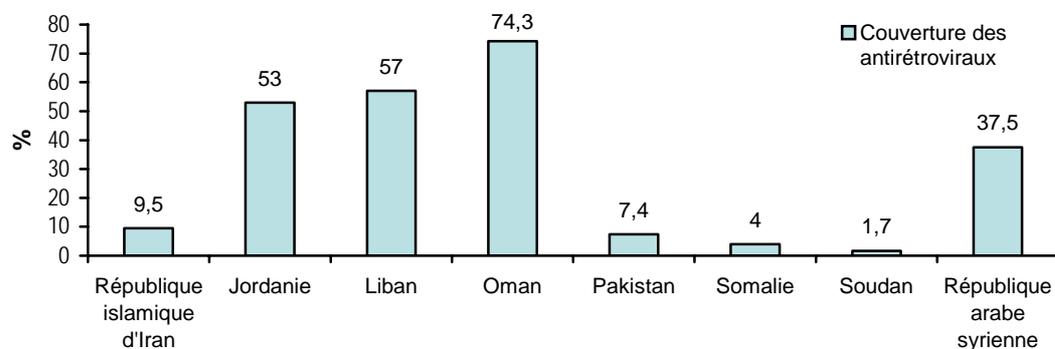
⁵ Elrashied et al, données non publiées 2006

⁶ Ministry of Health and Population, National AIDS Programme Egypt. *HIV/AIDS Biological and Behavioural Surveillance Survey Summary Report*. Cairo, 2006

⁷ HIV Second Generation Surveillance in Pakistan. National Report Round I. 2005.

⁸ Assal, données non publiées, 2006.

ayant besoin d'un traitement antirétroviral est de 5 %, et reste la plus basse dans le monde⁹. Cela s'oppose nettement à la forte couverture signalée au Bureau régional – 79 % – du traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH connues qui ont besoin de traitement.



Source : Rapports des pays sur l'accès universel 2007

Figure 1. Couverture du traitement antirétroviral dans certains pays de la Région

Le principal obstacle à l'élargissement de l'accès au traitement et soins du VIH dans la Région est la faible couverture de conseils et dépistage du VIH pour les personnes exposées au risque d'infection. De ce fait, la plupart des personnes infectées par le VIH ne sont pas conscientes de leur séropositivité et ne sont pas connues des agents de santé. Les autres facteurs entraînant une faible couverture du traitement sont liés à un accès géographique limité dans les pays où les services de traitement antirétroviral sont centralisés dans les établissements tertiaires, au coût du traitement antirétroviral pour le système de santé publique, en particulier dans les pays à faible revenu, et surtout au manque d'expérience pour atteindre les populations marginalisées et stigmatisées dans la plupart des pays.

Tous les pays dans la Région, à l'exception de l'Afghanistan et de l'Iraq, fournissent des services de traitement et de soins du VIH au moins dans leur capitale et la plupart ont étendu l'accès aux hôpitaux périphériques. Le Soudan a étendu les services de traitement du VIH à 24 sites en 2007 et 1597 personnes avec le VIH ont commencé un traitement antirétroviral en septembre 2007. Toutefois, les données de suivi de Khartoum sur ce traitement indiquent un fort taux d'abandon du traitement (50 %) chez les personnes vivant avec le VIH. Les raisons possibles, qui font actuellement l'objet d'une étude, sont les suivantes : manque de soutien familial pour l'observance du traitement dû à la crainte d'une stigmatisation et d'une discrimination si la séropositivité est dévoilée ; mauvaise préparation à l'observance (patients qui débutent le traitement trop rapidement) ; difficultés à atteindre les communautés pour l'aide à l'observance car les patients viennent de loin à Khartoum pour le traitement ; et mauvaise notification de la part des services de traitement antirétroviral.

En Somalie, une étude de cohorte des données de suivi du traitement antirétroviral révèle que globalement, 76 % des personnes vivant avec le VIH ayant débuté le traitement étaient encore en vie et sous traitement un an plus tard. L'expérience du Soudan et de la Somalie démontre la valeur d'un suivi minutieux et normalisé du traitement antirétroviral chez les patients. Le fait de regrouper et d'analyser les données sur les patients permet aux administrateurs des programmes et services d'obtenir des informations utiles sur les points forts et les faiblesses des services de traitement et de soins du VIH. Afin de promouvoir un suivi efficace du traitement antirétroviral dans les pays de la Région, le Bureau régional a organisé une formation pour les administrateurs de programmes et les agents de la surveillance en 2007.

⁹ *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2008.* Genève, OMS/ONUSIDA/UNICEF, 2008.

Une enquête sur les prix des médicaments antirétroviraux menée par le Bureau régional en 2007 a révélé que de nombreux pays continuaient à payer des prix élevés pour ces médicaments de façon injustifiée. Certains pays ont introduit des antirétroviraux génériques à bas prix, tandis que d'autres achètent uniquement des antirétroviraux de marque à prix élevés. Les prix pour un même médicament varient considérablement entre les pays et au sein des pays. Le Groupe consultatif régional sur le sida et les administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le sida ont étudié les résultats de l'enquête et ont conclu que cette situation pouvait changer à condition que des décisions rationnelles et fondées sur des données probantes puissent être prises. Afin de prendre des décisions éclairées, si les pays acceptent de fournir leurs prix d'achat, le Bureau régional peut diffuser sur son site Internet les prix comparatifs des médicaments antirétroviraux. Cela permettra aux pays de négocier efficacement avec les fournisseurs et les sociétés pour obtenir le meilleur prix possible. Il a également été recommandé que les pays à revenus faible et intermédiaire utilisent les initiatives et mécanismes internationaux pour la fourniture d'antirétroviraux, comme l'Initiative contre le VIH/sida de la Fondation Clinton et UNITAID (Facilité internationale d'achats de médicaments), pour avoir accès à des antirétroviraux à des prix bas négociés.

Le Maroc est un bon exemple de l'utilisation d'une approche stratégique fondée sur des données probantes afin d'obtenir de meilleurs prix pour les antirétroviraux. Depuis l'introduction des médicaments antirétroviraux en 1998, le Maroc a mis en place des mesures pour réduire leur coût, consistant notamment à négocier avec les fournisseurs, exempter les antirétroviraux des taxes et des droits, introduire des combinaisons génériques et établir une collaboration avec l'Initiative contre le VIH/sida de la Fondation Clinton. Grâce à ces mesures, le prix moyen pour les schémas thérapeutiques de première intention est passé de USD 1300 par personne et par mois en 1998 à USD 48 en 2007. Et pourtant, en 2007, le Maroc continue à payer cher certains antirétroviraux par rapport à d'autres pays à revenu intermédiaire. En 2007, le ministère de la Santé a examiné la liste des antirétroviraux, y compris les associations à doses fixes, utilisés dans le pays et a sélectionné un nombre réduit de produits économiquement avantageux pour ne pas avoir à se fournir en petites quantités tout en garantissant des résultats thérapeutiques optimaux. Ainsi, le prix pour le traitement de première intention est passé à USD 28 par personne et par mois.

La surveillance de la résistance aux médicaments contre le VIH dans la Région revêt une plus grande importance du fait de la plus grande disponibilité du traitement antirétroviral. L'OMS a élaboré une stratégie mondiale pour la prévention, la surveillance et le suivi de la résistance du VIH aux médicaments, qui a été présentée aux experts et administrateurs des programmes nationaux lors d'un séminaire-atelier régional en 2007. La prévention de la résistance du VIH aux médicaments étant importante, il a été recommandé à chaque pays lors du séminaire-atelier d'élaborer un plan national pour la surveillance et le suivi de la résistance du VIH. De même, tous les pays offrant un traitement antirétroviral devraient mettre en place un regroupement et une analyse des indicateurs d'alerte précoce de tout ou partie des unités de traitement antirétroviral. Toutefois, les pays avec des taux élevés d'incidence du VIH comme Djibouti et le Soudan ainsi que ceux ayant une épidémie concentrée de VIH devraient estimer la faisabilité de la surveillance de la résistance du VIH aux médicaments en fonction des critères à remplir. Les pays ont également accepté de publier un rapport national annuel sur la résistance du VIH aux médicaments d'ici fin 2008.

3.2 Conseil et dépistage du VIH

Il a été démontré que la mise à disposition de services de conseil et dépistage volontaire et confidentiel encourage les personnes à déterminer leur sérologie VIH et à prendre les mesures appropriées pour prévenir la transmission du VIH. La Région ne dispose pas de données de population générale sur les individus qui ont fait appel aux services de conseil et dépistage du VIH. Toutefois, les services de conseil et dépistage volontaire du VIH, lorsqu'ils existent dans la Région, restent extrêmement limités dans leur couverture. Dans le cadre des efforts visant à atteindre l'accès universel, la plupart des pays ont fixé des cibles pour accroître l'accès aux services de conseil et dépistage volontaire du VIH en termes de nombre d'établissements opérationnels et certains progrès ont été faits pour multiplier ce genre de services. Selon les informations disponibles, fin 2007, le Soudan avait dépassé de 50 % ses

cibles dans le Nord et atteint 4 % dans le Sud. Les Émirats arabes unis, la République islamique d'Iran, le Liban et Oman avaient atteint 100 % et le Yémen 50 % des cibles fixées¹⁰.

Les populations les plus à risque ont souvent un usage limité des services de conseil et dépistage volontaire du VIH en raison du manque de services adaptés aux besoins spécifiques de ces groupes. Peu de pays disposent de données sur l'accès des populations les plus à risque au conseil et dépistage volontaire du VIH. En 2007, la surveillance chez les utilisateurs de drogues injectables en République islamique d'Iran a révélé que 23 % avaient accès aux services de conseil et dépistage du VIH, tandis qu'à Oman 1 % de ces personnes auxquelles les programmes avaient accès avaient eu recours à ces services.

Les services de conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé ont été évoqués lors de la réunion annuelle des administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le sida comme solution pour accroître l'accès au conseil et dépistage du VIH, en particulier pour certains groupes de population exposés à un risque élevé d'infection à VIH, y compris les patients atteints de tuberculose et d'infections sexuellement transmissibles. En outre, l'introduction du service de conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant pour les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales ou obstétricales faciliterait les efforts pour la prévention de la transmission mère-enfant. Lors des discussions, il a été souligné que les services de conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant ne devraient pas être considérés comme une porte ouverte au dépistage obligatoire et que les patients devaient se réserver le droit d'accepter ou de refuser le test ainsi que le droit à la confidentialité, à des conseils et une orientation appropriés sans discrimination.

3.3 Prévention de la transmission mère-enfant

L'accès global aux services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et la proportion de femmes enceintes infectées par le VIH recevant une prophylaxie ou un traitement par antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH dans la Région restent très faibles. Les estimations de 2007 pour la couverture de la prophylaxie antirétrovirale des femmes enceintes séropositives devraient être inférieures à 2 %.

Seulement un tiers des pays de la Région dispose de programmes nationaux opérationnels de PTME. En 2007, l'OMS et l'UNICEF ont apporté un soutien technique à plusieurs pays dont le Pakistan, la Somalie et le Yémen. Le Yémen a élaboré un plan pour la mise en œuvre de la PTME et a choisi les premiers sites. L'élaboration de lignes directrices nationales de PTME a débuté. Au Pakistan, deux cours de formation sur la PTME ont été organisés en 2007 après le développement du programme national de formation sur la PTME et cinq hôpitaux disposent de services de PTME fonctionnels. La Somalie a indiqué qu'elle disposait de 8 établissements de soins prénatals fournissant des services de conseil et dépistage du VIH ainsi que des médicaments antirétroviraux pour la PTME. Le recours au dépistage du VIH et le taux élevé d'abandon chez les femmes enceintes infectées par le VIH une fois incluses dans le programme sont les principaux problèmes pour les deux pays.

Le Bureau régional a finalisé un guide stratégique pour les interventions de PTME dans la Région. Le document s'appuie sur les meilleures pratiques internationales en matière de PTME, les résultats de cinq évaluations de pays de la PTME sponsorisées par l'UNICEF (Djibouti, Maroc, Soudan, Tunisie et Yémen), les résultats d'une enquête de 2006 sur les services de PTME dans la Région, les observations du séminaire-atelier de PTME organisé par le Bureau régional en 2006 et un examen minutieux des publications. Il donne une orientation aux programmes concernés du ministère de la Santé (VIH/sida, santé génésique, santé maternelle et infantile), aux responsables politiques et aux prestataires de services sur la sélection, la mise en place et l'amélioration de la PTME en fonction du niveau de ressources et du niveau de l'épidémie de VIH dans les pays. Il encourage en particulier l'intégration de la PTME dans les services de santé maternelle et infantile, la mise en place de services de conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant pour les femmes enceintes fréquentant les services prénatals et l'usage, quand c'est possible, de schémas prophylactiques antirétroviraux et traitements

¹⁰ Rapports des pays sur l'accès universel soumis au Bureau régional de la Méditerranée orientale. Mars 2008

antirétroviraux plus longs pour les femmes qui en ont besoin. En outre, le Bureau régional traduit en arabe le matériel générique de formation sur la PTME de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)/Centers for Disease Control and Prevention (CDC) afin de faciliter la formation des soignants au niveau des pays.

L'absence de données de qualité sur la PTME dans la Région est reconnue comme un obstacle important pour le suivi de l'amélioration de la PTME et la fourniture d'un soutien adapté aux pays. En 2007, le travail de coordination entre les institutions des Nations Unies et les autres partenaires au niveau mondial, régional et des pays impliqués dans les trois processus de surveillance internationale sur la réponse nationale au VIH – Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, riposte du secteur de la santé au VIH/sida et le questionnaire de bilan du Groupe spécial interagences sur la PTME – consistait à garantir la cohérence dans les données communiquées tout en renforçant la capacité des pays pour la production de données. L'OMS et l'UNICEF vont analyser conjointement les données de la PTME et faire rapport aux pays.

3.4 Interventions ciblant les populations les plus exposées

Les interventions ciblant les populations vulnérables et les plus à risque sont encore négligées dans la plupart des pays de la Région. Lors d'une réunion organisée par l'ONUSIDA à laquelle ont participé des agents des programmes nationaux de lutte contre le sida, des organisations de la société civile et des institutions des Nations Unies de la Région, il a été souligné qu'il fallait s'occuper d'urgence de l'introduction de ces interventions.

De plus en plus de pays de la Région ont introduit récemment des interventions de réduction des risques pour prévenir la transmission du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables. Le programme de réduction des risques de la République islamique d'Iran est un programme complet à grande échelle considéré globalement comme un modèle de bonne pratique. Le Maroc a adopté la réduction des risques comme politique nationale pour prévenir la transmission du VIH liée à l'utilisation de drogues injectables. Le Liban a révisé sa réglementation pour permettre l'introduction du traitement de substitution aux opiacés. Oman a révisé sa politique et les éléments de ses programmes susceptibles de favoriser ou d'entraver l'introduction de mesures de réduction des risques. Bahreïn a terminé une étude comportementale auprès des utilisateurs de drogues injectables pour lutter contre les risques et l'Afghanistan a adopté la réduction des risques dans le cadre de ses mesures de lutte contre la drogue.

Un projet conjoint entre l'OMS et l'Association internationale de réduction des risques (IHRA), lancé fin 2006, vise à renforcer le rôle des organisations de la société civile dans la réduction des risques au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Il prévoit la promotion de bonnes pratiques en matière de réduction des risques, sensibilisation et renforcement des capacités. Dans ce cadre, un secrétariat intérimaire a été chargé de lancer le réseau pour la réduction des risques au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (MENAHRRA) et trois centres de connaissances sous-régionaux ont été créés en République islamique d'Iran, au Liban et au Maroc. Les activités des trois centres de connaissances sous-régionaux dans le dernier trimestre de 2007 ont atteint plus d'un millier de bénéficiaires dans 11 pays de la Région. En outre, près de 350 professionnels dans le domaine de la réduction des risques échangent des informations par la liste de contacts et le site Internet du secrétariat intérimaire du réseau MENAHRRA.

3.5 Renforcement de la surveillance

En 2007, les progrès vers la création de systèmes efficaces de surveillance du VIH se sont poursuivis. La Somalie et le Soudan ont effectué des études sérologiques non corrélées sur le VIH et la syphilis chez les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales, dont les résultats seront disponibles mi-2008.

De plus en plus de pays disposent de meilleures informations sur les taux d'infection par le VIH et les risques comportementaux, leur permettant de cibler les services de prévention et de soins afin d'atteindre les populations en ayant le plus besoin. Le Yémen prépare une étude sur la prévalence du

VIH et les comportements (étude bio-comportementale) chez les professionnelles du sexe à Aden. La République islamique d'Iran effectue actuellement des études bio-comportementales communautaires parmi les détenus, les utilisateurs de drogues non injectables et les chauffeurs de camion et prépare des enquêtes auprès des professionnels du sexe et des utilisateurs de drogues injectables en 2008. Le Pakistan a établi un système d'enquêtes annuelles régulières auprès des professionnels du sexe hommes et femmes, des utilisateurs de drogues injectables et des transsexuels depuis 2005. Le Maroc a accès aux professionnels du sexe et aux détenus grâce aux services fournis par les organisations non gouvernementales. Ces milieux sont utilisés pour les études sérologiques sur le VIH deux fois par an dans ces groupes de population. Grâce à ces systèmes d'enquêtes régulières à intervalles fixes utilisant les mêmes méthodologies, les programmes de lutte contre le VIH au Maroc et au Pakistan peuvent observer les tendances en matière de séroprévalence et de comportements dans le temps, ajuster les interventions en conséquence et tirer des conclusions sur l'impact.

Le Bureau régional a poursuivi le renforcement des capacités nationales dans la planification et la mise en œuvre de la surveillance du VIH/des IST. Il a contribué à l'examen des systèmes de surveillance en Égypte, au Liban et à Oman suite auquel des recommandations ont été formulées sur la façon de renforcer ou réorienter les activités de surveillance existantes afin de fournir des informations plus cohérentes et utiles pour la planification et le suivi des programmes de lutte contre le VIH. Les experts de la surveillance en République islamique d'Iran ont bénéficié d'une étude du système de surveillance du VIH de Catalogne en Espagne afin de réviser le système iranien de notification des cas de VIH. Le Bureau régional a également aidé des candidats de plusieurs autres pays à assister à des cours sur la surveillance au Centre de connaissances pour la surveillance du VIH/des IST dans la Région européenne de l'OMS (Zagreb, Croatie).

En 2007, le Bureau régional a mis en place un groupe de travail régional sur la surveillance du VIH en collaboration avec l'ONUSIDA et la Banque mondiale. Le groupe de travail a élaboré un plan de travail conjoint pour renforcer la surveillance du VIH dans les pays de la Région, englobant les domaines de conseil politique et technique, renforcement des capacités et aide à la mise en place des activités de surveillance des pays. En 2007, les activités conjointes ont consisté entre autres à élaborer un guide technique sur la surveillance du VIH dans les milieux de faible prévalence et des modules de formation sur les méthodologies de surveillance du VIH adaptées aux besoins et priorités des pays de la Région. Les experts régionaux ainsi que les experts de l'Université de Californie à San Francisco, les *Centers for Disease Control and Prevention* à Atlanta et le Centre des connaissances pour la surveillance du VIH/des IST à Zagreb participent à l'élaboration de ces documents.

3.6 Lutte contre d'autres infections sexuellement transmissibles

En 2007, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la stratégie relative à la santé génésique et la stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Ces stratégies ont été présentées aux administrateurs des programmes de santé génésique et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles des pays suivants : Afghanistan, Djibouti, Égypte, République islamique d'Iran, Maroc, Palestine, République arabe syrienne, Soudan et Tunisie lors d'une réunion interpays. Les participants ont pu contribuer à l'élaboration d'un plan d'action régional pour la mise en œuvre de ces stratégies en tenant compte des situations culturelles et socioéconomiques des pays de la Région. Une stratégie régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles sera élaborée en 2008 en s'inspirant de la stratégie mondiale et avec les contributions des experts régionaux.

Dans le cadre du Programme de partenariat stratégique OMS/FNUAP, le Bureau régional a aidé en 2007 six pays (Afghanistan, Égypte, Pakistan, Somalie, Soudan et Tunisie) à renforcer la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) par l'adaptation des lignes directrices de l'OMS en matière d'IST et leur mise en place au niveau national.

Le Réseau de la Méditerranée orientale pour le contrôle des infections sexuellement transmissibles (EMNOSTIC), organisme agréé à but non lucratif lancé en 2006, a étendu le nombre de ses membres à 26 experts régionaux en IST. En 2007, le réseau a facilité l'échange d'informations entre les membres et autres personnes intéressées par un site internet et des bulletins d'information

réguliers. Avec l'aide des membres du Réseau EMNOSTIC, l'étude des données existantes sur les IST a été effectuée en Égypte, au Liban, au Pakistan, au Soudan et en Tunisie pour mieux comprendre la situation épidémiologique des IST et identifier les lacunes en matière d'information.

3.7 Mobilisation des ressources

Fin 2007, 12 pays à revenu faible ou intermédiaire de tranche inférieure avaient récolté plus de 187,5 millions de dollars (USD) pour les programmes de lutte contre le VIH par le biais du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Le Bureau régional et l'ONUSIDA/MENA (Moyen-Orient et Afrique du Nord) ont aidé les pays à élaborer des propositions et ont organisé un séminaire-atelier de formation sur l'élaboration de propositions. En Somalie, au Soudan et au Yémen, l'OMS est un sous-bénéficiaire des fonds apportés par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme s'élevant à un total de USD 6,2 millions au cours des dernières années pour apporter un soutien technique aux programmes de lutte contre le VIH du secteur de la santé.

Des fonds supplémentaires pour le soutien des programmes de lutte contre le VIH ont été mis à disposition par la fondation DROSOS basée en Suisse (pour la réduction des risques chez les utilisateurs de drogues injectables), les Gouvernements du Canada, de Suède, de Norvège, du Royaume-Uni et de l'Allemagne, la Commission européenne (pour la surveillance), l'ONUSIDA et la Banque mondiale.

4. Futurs enjeux et plans

Le fait de sensibiliser davantage les responsables politiques aux coûts du VIH en termes de morbidité et mortalité et à la disponibilité d'interventions efficaces de prévention et de soins, associé à un accès accru à une aide financière importante pour les programmes de lutte contre le VIH, a un impact positif sur les progrès vers l'objectif de l'accès universel. L'utilisation efficace des ressources disponibles reste un défi majeur, étant donné l'expérience limitée en matière d'interventions contre le VIH dans la Région, la médiocrité des infrastructures des services sanitaires et sociaux et la réticence encore répandue des responsables politiques et des décideurs à se pencher sérieusement sur les besoins des groupes de population les plus exposés au risque, souvent stigmatisés et marginalisés et donc difficiles à atteindre pour les systèmes de santé publique.

Dans le cadre du plan d'accès universel de l'OMS et de la stratégie régionale sur le renforcement de la riposte du secteur de la santé au VIH/aux IST en 2008, le Bureau régional va axer son soutien sur les domaines suivants :

- renforcer la surveillance et le suivi des programmes ;
- encourager le conseil et dépistage du VIH par des services de dépistage à l'initiative du patient et du soignant ;
- étendre l'accès aux traitements et soins du VIH et à la prévention de la transmission mère-enfant et renforcer la qualité de ces services ;
- renforcer la prévention et les soins du VIH en ciblant les personnes les plus exposées aux risques, et notamment promouvoir des interventions de réduction des risques pour les utilisateurs de drogues injectables.