



---

**Rapport de situation sur la stratégie régionale  
pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015**

**Introduction**

1. La stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015 a été élaborée en 2010 dans le cadre d'un vaste processus de consultation avec les parties prenantes concernées dans la Région de la Méditerranée orientale et a été approuvée par les États Membres lors de la cinquante-septième session du Comité régional de la Méditerranée orientale, dans la résolution EM/RC57/R.5. L'objectif de cette stratégie est de réduire la transmission du VIH et d'améliorer la santé des personnes vivant avec le VIH.

2. Les principales réalisations attendues de la stratégie régionale sont les suivantes : a) une meilleure information sur la dynamique locale de l'épidémie de VIH pour permettre une prise de décision stratégique ; b) une plus forte couverture des personnes exposées au risque d'infection par le VIH ou de transmission par les services de prévention ; c) une couverture accrue des personnes vivant avec le VIH par les services de traitement et de soins ; et d) un renforcement des capacités des systèmes de santé pour améliorer la qualité, la couverture et la durabilité des services du VIH et autres.

3. La stratégie identifie des priorités stratégiques pour les pays, en prenant en compte la situation épidémiologique de la Région ainsi que les principaux obstacles et défis auxquels sont confrontés les gouvernements, la société civile et les partenaires. Le présent rapport renseigne sur les progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs et de la mise en œuvre des priorités et interventions stratégiques définies dans la stratégie.

**Les progrès par objectif**

*Objectif 1 : Produire des informations pertinentes et fiables sur l'épidémie de VIH ainsi que la riposte à celle-ci pour permettre une prise de décision stratégique*

4. Fin 2013, on estimait à 280 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH dans la Région, dont 16 500 enfants âgés entre 0 et 14 ans. Plus de la moitié des adultes vivant avec le VIH étaient des hommes (58 %). Le nombre de nouvelles infections a atteint 37 000 (dont 2700 enfants) et 16 000 personnes sont décédées du sida. Alors que le pourcentage de la population adulte générale vivant avec le VIH dans la Région est resté parmi les plus faibles au monde (0,1 %), de plus en plus de données indiquent que certaines populations ont été touchées de façon disproportionnée.

5. Les données d'expérience et les capacités locales à mener des études sur la prévalence du VIH dans les populations particulièrement à risque d'infection à VIH ont augmenté. Les études épidémiologiques ont documenté une prévalence élevée du VIH dans ces populations pour différents contextes, des études récentes signalant des niveaux pouvant atteindre 87 % chez les consommateurs de drogues injectables et 18 % chez les détenus en Libye ; 15,4 % chez les professionnelles du sexe à Djibouti et 13 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes en Tunisie. Néanmoins, la plupart des États membres du Conseil de coopération du Golfe n'ont pas fourni de données sur la prévalence du VIH dans les populations exposées à un risque élevé.

6. De 2011 à 2013, Djibouti, la République islamique d’Iran, le Maroc, le Soudan et la Tunisie ont mené des études afin d’évaluer la proportion de nouvelles infections à VIH attribuée à divers groupes à risque. Ces études ont révélé une dynamique de l’épidémie très diverse dans les différents pays : en République islamique d’Iran, 56 % des nouvelles infections surviennent chez les consommateurs de drogues injectables et 12 % chez leurs partenaires sexuels ; au Maroc, 24 % des nouvelles infections surviennent chez les professionnelles du sexe et 24 % chez leurs clients hommes ; et en Tunisie, 84 % des infections à VIH sont attribuées à la transmission entre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.<sup>1,2,3</sup>

7. Le nombre de pays de la Région fournissant des données sur les indicateurs relatifs à l’accès universel et au secteur de la santé est en augmentation constante et, en 2013, 20 pays avaient fourni de telles données. Cependant, la qualité et l’exhaustivité des données fournies varient. Il est nécessaire de renforcer les systèmes de collecte, de notification et d’évaluation des données cliniques, programmatiques et à base communautaire.

*Objectif 2 : Renforcer l'accès aux services de traitement et de soins pour les personnes vivant avec le VIH*

8. Des progrès ont été accomplis dans la Région. En effet, le nombre de personnes vivant avec le VIH bénéficiant du traitement antirétroviral qui permet de sauver des vies a augmenté entre 2011 et 2013 plus rapidement que les années précédentes, pour atteindre 39 101 fin 2013 (Figure 1, Tableau 1). Tous les pays de la Région ont signalé une augmentation annuelle du nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral depuis 2006. Le Maroc et la Tunisie en particulier ont accompli des progrès considérables en ce qui concerne l’accès au traitement et à la fin 2012, leur taux de couverture respectif pour le traitement antirétroviral était de 49 % et 56 %. En République islamique d’Iran, chaque année environ 1000 nouvelles personnes vivant avec le VIH bénéficient d’un traitement et cela depuis les trois dernières années.<sup>4,5</sup>

9. Les progrès réalisés n’ont cependant pas été suffisants pour avoir une influence marquée sur la couverture du traitement antirétroviral dans la Région, dont le taux de 15 % enregistré fin 2012 reste loin de la cible régionale de 50 % d’ici 2015 et encore plus loin de la cible d’accès universel fixée à 80 %. De plus, il est possible que l’augmentation du nombre de personnes bénéficiant d’un traitement dans la Région masque les importantes disparités d’accès. Par exemple, le nombre d’enfants sous traitement contre le VIH n’a augmenté que faiblement ces cinq dernières années (la couverture du traitement antirétroviral chez l’enfant était de 6 % au niveau régional fin 2012) et les principales populations présentant un risque accru de VIH, telles que les consommateurs de drogues injectables, continuent de faire face à de nombreux obstacles en matière d’accès au traitement contre le VIH dans la plupart des pays.

---

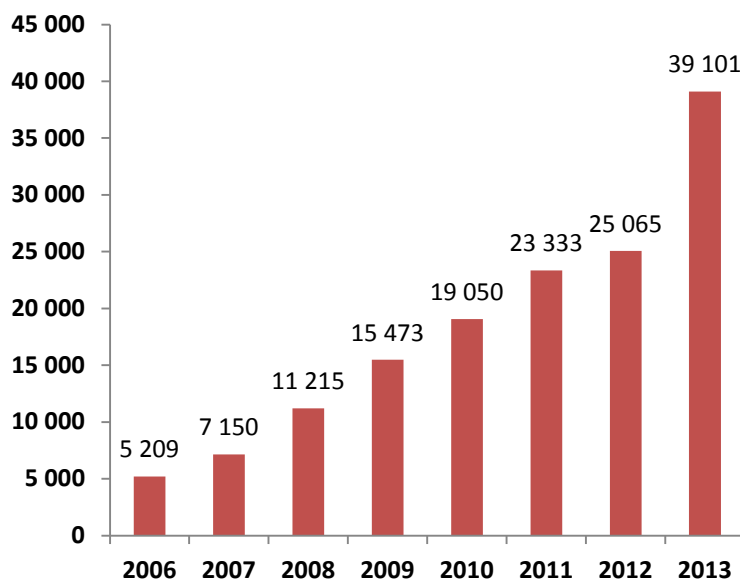
<sup>1</sup> Mumtaz GR, Kouyoumjian SP, Hilmi N, Zidouh A, El Rhilani H, Alami K, Bennani A et al. The distribution of new HIV infections by mode of exposure in Morocco. *Sex Transm Infect.* 2013;89 Suppl 3:iii49–56.

<sup>2</sup> Nasirian M, Doroudi F, Gooya MM, Sedaghat A, Haghdoust A. Modeling of human immunodeficiency virus modes of transmission in Iran. *J Res Health Sci.* 2012;12(2):81–7.

<sup>3</sup> HIV surveillance in the WHO Eastern Mediterranean Region: regional update 2012. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2013.

<sup>4</sup> Rapport d’activité sur la riposte au sida dans le monde, rapports des pays 2012

<sup>5</sup> Rapport d’activité sur la riposte au sida dans le monde, rapports des pays 2013



Sources : Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé et rapports de situation, Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2007–2011. Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde, rapports des pays 2012–2013.

**Figure 1. Nombre de personnes sous traitement antirétroviral dans la Région, 2006-2013**

10. En 2013 l'OMS a lancé de nouvelles lignes directrices pour le traitement du VIH qui recommandent un élargissement des critères à remplir pour recevoir un traitement antirétroviral et l'utilisation de schémas thérapeutiques améliorés.<sup>6</sup> La plupart des pays de la Région ont mis à jour leurs directives nationales conformément aux nouvelles recommandations de l'OMS. Le nombre de nouvelles infections à VIH dans la Région augmente rapidement. De plus, l'élargissement des critères à remplir pour recevoir un traitement antirétroviral signifie que davantage de personnes sont à présent éligibles pour bénéficier du traitement. Ces chiffres qui évoluent rapidement créent des difficultés pour atteindre les cibles de couverture par le traitement contre le VIH.

11. Un approvisionnement continu et ininterrompu en antirétroviraux est essentiel pour garantir de bons résultats du traitement. On signale très rarement des pénuries d'antirétroviraux dans la Région : sur les douze pays ayant fourni des données en 2013, seuls deux pays ont connu des ruptures de stocks d'antirétroviraux au cours de la période considérée. La rétention sous traitement antirétroviral à douze mois s'améliore : en 2013, neuf pays sur quinze ont signalé des taux de rétention supérieurs à 80 % sur une période de douze mois. Cependant, quelques pays ont des taux de rétention beaucoup trop faibles. L'OMS aide à présent ces pays à mettre en œuvre des interventions (registres pour retrouver les patients, stratégies de rétention) afin d'améliorer les taux de rétention sous traitement antirétroviral.<sup>5</sup>

<sup>6</sup> Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

**Tableau 1. Nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral, nombre de mères ayant accès au traitement de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et pourcentage de femmes enceintes testées pour le VIH, par pays pour 2011 et 2013**

Pays	Personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral		Femmes enceintes sous traitement pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME)		Pourcentage de femmes enceintes testées pour le VIH	
	2011	2013	2011	2013	2011	2013
Afghanistan	111	211	7 <sup>a</sup>	5	ND	0
Bahreïn	ND	ND	0	0	ND	ND
Djibouti	1328	1743	47	22	60	ND
Égypte	760	1171	7	9	ND	9
République islamique d'Iran	2752	4470	74	132	ND	0,5
Iraq	5	ND	0	ND	ND	ND
Jordanie	108 <sup>a</sup>	111	1 <sup>a</sup>	0	ND	ND
Koweït	186	238	6	0	ND	ND
Liban	425	665	0	7	ND	ND
Libye	ND	2662	0	54	ND	ND
Maroc	4047	6464	124	182	ND	12
Oman	661	821	23	26	99,4	99,5
Pakistan	2491	4391	57	126	ND	ND
Palestine	ND	ND	0	ND	ND	ND
Qatar	88	ND	1	0	ND	ND
Arabie saoudite	1850	2597	0	41	ND	ND
Somalie	1139	1627	79 <sup>a</sup>	56	6,2	51,8
Soudan du sud <sup>b</sup>	3442	6899	918	1056	82	19,6
Soudan	2500	3308	76	74	2,6	7,3
République arabe syrienne	130	ND	0	ND	ND	ND
Tunisie	483	546	9	12	0,3	0,2
Émirats arabes unis	202	276	4	4	100	100
Yémen	625	901	17	13	0,6	0,4
<b>Total</b>	<b>23 333</b>	<b>39 101</b>	<b>1450</b>	<b>1819</b>		

ND : Données non disponibles

Sources :

Données issues de l'outil en ligne d'élaboration de rapports mondiaux d'avancement sur la lutte contre le sida (GARPR). Les données de 2013 n'ont pas été validées et figurent telles que soumises par les pays.

<sup>a</sup> Les données du GARPR de l'ONUSIDA ont été consultées par le biais de la base de données d'informations sur le sida (site [Web.aidsinonline.org](http://Web.aidsinonline.org) consulté le 20/05/2014)

<sup>b</sup> Jusqu'à juin 2013, le Soudan du Sud était un État Membre de la Région de la Méditerranée orientale

12. Pour les personnes vivant avec le VIH, le dépistage constitue le point d'entrée du continuum de soins et de traitement. La faible prévalence du VIH dans la population générale ainsi que la concentration de l'épidémie du VIH dans les populations marginalisées et stigmatisées représentent un défi majeur pour atteindre les personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent par leur statut sérologique et leur fournir des services de conseil et de dépistage du VIH. Les États Membres ont toujours du mal à déterminer les stratégies et approches de prestation de services les moins coûteuses et qui nécessitent le moins de ressources pour pouvoir augmenter le nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique.

13. Dans les contextes de faible prévalence, l'OMS recommande de s'attacher surtout à créer une demande en faveur du dépistage chez les populations exposées à un risque élevé et à proposer de manière systématique un dépistage du VIH volontaire aux patients atteints de tuberculose ou d'infections sexuellement transmissibles ainsi qu'aux consommateurs de drogues injectables qui consultent les services de traitement et les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues. Les pays qui visent à éliminer la transmission de la mère à l'enfant doivent proposer un test de dépistage à toutes les femmes enceintes fréquentant les services de soins prénatals. Dans la Région, quatorze pays sur vingt-deux ont adopté des politiques imposant de proposer de manière systématique un test de dépistage du VIH aux patients tuberculeux ou un accès universel au dépistage. Cependant, le nombre total notifié de patients tuberculeux qui ont été soumis au test de dépistage du VIH dans la Région en 2012 n'était que de 11 863. Quatre pays ont signalé des tests de dépistage chez les patients atteints d'infections sexuellement transmissibles, le nombre total de patients ayant fait l'objet d'un dépistage s'élevant à 19 670.<sup>7</sup>

14. Peu de pays ont indiqué des progrès en ce qui concerne les services de dépistage du VIH volontaire fournis aux professionnelles du sexe, aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux consommateurs de drogues injectables. En 2013, la couverture du dépistage notifiée chez les professionnelles du sexe était la plus élevée au Liban (64 %) et au Maroc (25 %), tandis que l'Afghanistan, l'Égypte, le Pakistan, le Soudan et la Tunisie signalaient une couverture comprise entre 1 % et 13 %. De même, entre 31 % et 57 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont indiqué avoir effectué le test du VIH au cours des douze derniers mois en Égypte, au Liban et au Maroc. Cependant, ces chiffres restaient inférieurs à 20 % en Afghanistan, au Soudan et en Tunisie. Entre 20 % et 25 % des consommateurs de drogues injectables ont indiqué avoir effectué le test au cours des douze derniers mois en Afghanistan, en République islamique d'Iran et en Tunisie, et moins de 10 % en Égypte, au Maroc et au Pakistan.<sup>5</sup>

15. La stigmatisation liée au VIH/sida ainsi que les attitudes et pratiques discriminatoires contre ces populations clés prévalent dans les communautés et sont toujours présentes en milieu de soins. Afin d'aider les programmes nationaux de lutte contre le sida à réduire la stigmatisation et à éliminer cet obstacle majeur au dépistage du VIH volontaire, le Bureau régional, en collaboration avec le ministère de la Santé du Maroc, a mis au point un cours de formation destiné aux agents de santé sur les connaissances de base en matière de VIH et la réduction de la stigmatisation.

16. Afin de faire face à la faible couverture du dépistage et du traitement du VIH, l'OMS a lancé en 2013, en collaboration avec l'ONUSIDA, une initiative régionale pour « mettre un terme à la crise du traitement contre le VIH ». L'objectif de cette initiative est de catalyser l'accélération du traitement contre

---

<sup>7</sup> WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean HIV surveillance questionnaire survey 2013

le VIH dans les pays prioritaires. Le Bureau régional a élaboré des outils et des orientations pour permettre aux pays de mener une analyse en cascades « tester-traiter-retenir », suivi du développement de plans d'accélération du traitement.<sup>8,9</sup>

*Objectif 3 : Améliorer l'accès aux services de prévention du VIH pour les personnes exposées au risque d'infection à VIH ou de transmission du VIH*

*Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)*

17. Suite au lancement du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie, un cadre régional pour l'élimination du VIH chez l'enfant a été lancé en 2012. Depuis lors, plusieurs pays ont élaboré des plans nationaux pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. Malgré des progrès réalisés dans quelques pays, le niveau de couverture régional pour la prévention de la transmission mère-enfant reste très faible : inférieur à 10 % fin 2012.

18. L'obstacle principal se situe au niveau du dépistage des femmes enceintes. Douze pays de la Région indiquent proposer de manière systématique ou effectuer des tests VIH systématiquement chez toutes les femmes enceintes. Quatre pays ont indiqué proposer le test de dépistage aux femmes enceintes en fonction de l'évaluation des risques. La couverture globale du dépistage du VIH en soins prénatals dans la Région demeure extrêmement faible, environ 1 % depuis 2010. Les Émirats arabes unis et Oman ont signalé une couverture élevée par le dépistage du VIH chez les femmes enceintes : 100 % et 99,5 % respectivement. Au Maroc, en Somalie et au Soudan, on note depuis 2011 une augmentation constante par la couverture par le dépistage du VIH chez les femmes enceintes.

19. Il existe également d'autres défis dans le continuum de soins pour assurer la prévention de la transmission mère-enfant pour les mères et leurs nourrissons ; en effet, une fois identifiées comme infectées par le VIH, beaucoup de femmes enceintes sont perdues de vue et ne bénéficient pas de l'ensemble complet d'interventions pour l'élimination de ce type de transmission. Des efforts sont entrepris pour renforcer les synergies avec les programmes de santé de la mère et de l'enfant et les autres partenaires des Nations Unies en vue d'améliorer l'action dans ce domaine dans la Région.

*Prévention de la transmission du VIH ciblant les populations clés exposées à un risque élevé*

20. Sur les cinq cibles de la stratégie régionale du secteur de la santé sur le VIH, trois cibles visent à augmenter la couverture par la prévention du VIH pour les populations clés exposées à un risque élevé. La stratégie encourage la mise au point de dispositifs complets de prévention du VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnelles du sexe, le traitement de substitution aux opioïdes et des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues pour les consommateurs de drogues injectables, la cible en matière de couverture étant d'au moins 20 % pour chacune de ces interventions.

21. La mesure des progrès accomplis par rapport aux cibles régionales a été remise en cause car la plupart des pays de la Région ne disposent pas d'informations fiables quant à la taille de ces populations. Le Maroc, le Soudan, la Tunisie et le Yémen ont effectué une estimation de la taille de la population composée d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ces estimations, ainsi que les données des programmes ont permis de déterminer le taux de couverture des programmes de prévention du VIH en 2013 au Maroc (53 %), en Tunisie (37 %) et au Yémen (29 %). De même, le Maroc, le Pakistan, le

---

<sup>8</sup> Accelerating HIV treatment in the WHO Eastern Mediterranean and UNAIDS Middle East and North Africa regions. Cairo: WHO Regional Office of the Eastern Mediterranean and UNAIDS; 2013

<sup>9</sup> HIV test-treat-retain cascade analysis. Guide and tools. Cairo: WHO Regional Office of the Eastern Mediterranean; 2014.

Soudan et la Tunisie ont signalé respectivement des taux de 42 %, 14 %, 6 % et 28 % pour ce qui est des professionnelles du sexe qui ont bénéficié du dispositif de prévention du VIH. Aucun autre pays n'a signalé de telles données.<sup>5</sup>

22. Après la République islamique d'Iran, le Liban et le Maroc ont introduit le traitement de substitution aux opioïdes pour la prévention du VIH chez les consommateurs de drogues injectables entre 2011 et 2013. L'Afghanistan et le Pakistan ont mis en place des projets pilotes qui ont démontré la faisabilité et l'efficacité du traitement de substitution aux opioïdes dans chacun de ces pays. Cependant, les projets pilotes sont menacés car les autorités chargées de la lutte contre la drogue sont réticents à autoriser l'utilisation de la méthadone et de la buprénorphine qui sont les médicaments de choix utilisés dans le traitement de substitution aux opioïdes administrés aux consommateurs de drogues injectables. En République islamique d'Iran, la couverture par le traitement de substitution aux opioïdes est très élevée chez les consommateurs de drogues injectables et non injectables ; elle atteint en effet plus de 36 % de la population totale de consommateurs d'opiacés. Avec une couverture actuelle de 13 %, le Maroc doit améliorer l'accès au traitement de substitution aux opioïdes.

23. En raison des changements au niveau des indicateurs mondiaux sur lesquels sont alignés les indicateurs régionaux, les données actuellement collectées dans les pays ne permettent pas de mesurer les progrès accomplis par rapport à la réalisation de la cible régionale, à savoir 20 % au moins des consommateurs de drogues injectables qui ont été contactés régulièrement par des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues. Le nombre de seringues distribuées par consommateur de drogues injectables et par an peut être utilisé comme indicateur de remplacement. L'Afghanistan, l'Égypte, la République islamique d'Iran, le Pakistan et la Tunisie ont notifié la distribution de 1,3 à 131 seringues par consommateur de drogues et par an. À l'exception de la République islamique d'Iran (131 seringues par personne et par an), ce niveau de couverture est considéré comme faible dans l'ensemble des pays, selon les objectifs indicatifs de niveau de couverture requis pour réaliser un impact sur l'incidence du VIH.<sup>5</sup>

#### *Objectif 4 : Contribuer au renforcement des systèmes de santé*

24. Dans de nombreux pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure de la Région, les systèmes de santé ne sont pas encore bien positionnés pour répondre aux besoins des programmes de lutte contre le VIH. Les subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ont été utilisées pour renforcer les fonctions des systèmes de santé, notamment la prestation de services, l'achat et la gestion des approvisionnements ainsi que la gestion de l'information sanitaire. Cependant, les programmes de lutte contre le VIH ont toujours tendance à investir, à des degrés divers, dans des systèmes parallèles, et à dépendre de ces derniers. Le Bureau régional encourage les États Membres à évaluer de manière critique les interactions entre les programmes de lutte contre le VIH et les systèmes de santé et à identifier les opportunités d'intégration et de renforcement des systèmes de santé.<sup>10</sup>

#### **Actions futures**

25. En 2013, dans sa résolution EM/RC60/R.1, le Comité régional a invité instamment les ministres de la Santé à fixer des objectifs nationaux ambitieux en matière de dépistage et de traitement du VIH et à élaborer des plans d'action en vue de réaliser ces objectifs. Pour atteindre les cibles régionales et

---

<sup>10</sup> Guide for rapid assessment of interactions between HIV programmes and health systems. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2014.

mondiales d'ici à 2015, tous les pays devront déployer davantage d'efforts en ce sens. L'engagement et le succès des quatre pays qui contribuent à hauteur de 80 % aux besoins régionaux en matière de traitement antirétroviral, à savoir le Soudan, la République islamique d'Iran, le Pakistan et la Somalie, seront décisifs sur le plan des réalisations de la Région toute entière.

26. Les efforts accélérés doivent essentiellement porter sur les aspects suivants :

- Réduire la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé
- Améliorer la connaissance des populations particulièrement à risque d'infection à VIH (estimation de la taille des populations, inventaire des comportements, prévalence du VIH et des infections sexuellement transmissibles)
- Identifier les causes de la faible couverture du dépistage et du traitement du VIH (analyse en cascades « tester-traiter-retenir »)
- Fixer des objectifs nationaux ambitieux en matière de dépistage et de traitement du VIH et élaborer des plans d'action d'urgence pour combler les écarts en matière de couverture
- Mettre en œuvre des stratégies et des approches de prestation de services tels que recommandé dans le document « Accélérer l'accès au traitement contre le VIH dans les Régions de la Méditerranée orientale et du Moyen-Orient/Afrique du Nord ».