

Accélérer le traitement contre le VIH

dans la Région de la Méditerranée orientale (OMS)
et du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (ONUSIDA)



Photo: ©UNAIDS/P. Viot

Accélérer le traitement contre le VIH

dans la Région de la Méditerranée orientale (OMS)
et du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (ONUSIDA)

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Bureau régional de la Méditerranée orientale

Accélérer le traitement contre le VIH dans la Région de la Méditerranée orientale (OMS) et du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (ONUSIDA) / Bureau régional de la Méditerranée orientale, Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida

p.			
Édition anglaise au Caire	(ISBN 978-92-9021-985-9)		
	(ISBN 978-92-9021-986-6) (en ligne)		
Édition arabe au Caire	(ISBN 978-92-9021-987-3)		
	(ISBN 978-92-9021-988-0) (en ligne)		
I. Infections à VIH – thérapie - Moyen Orient - Afrique du Nord		2. Transmission verticale de maladie infectieuse	
3. Thérapie antirétrovirale hautement active	I. Titre	II. Bureau régional de la Méditerranée orientale	
III. Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida			
	(ISBN 978-92-9021-989-7)		(Classification NLM : WC 503.2)
	(ISBN 978-92-9021-990-3) (en ligne)		

© Organisation mondiale de la Santé 2013

Tous droits réservés

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

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

Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès du Service Production et diffusion des publications sanitaires, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Boîte postale 7608, Cité Nasr, 11371 Le Caire (Égypte), Téléphone : +202 2670 2535, Télécopie : +202 2670 2492 ; adresse électronique : HPD@emro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire des publications du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, partiellement ou en totalité, ou de les traduire – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, à l'adresse ci-dessus ; adresse électronique : WAP@emro.who.int.

Conception et mise en page : YAT Communication

Impression : Bureau régional de la Méditerranée orientale

Table des matières

Avant-propos	5
Mesures clés recommandées dans le rapport	6
Introduction	8
Épidémie régionale grandissante	10
Crise du traitement du VIH dans la Région	11
Pourquoi la couverture du traitement du VIH est-elle si faible au niveau régional ?	13
Mauvais accès au conseil et au dépistage du VIH	13
Accès insuffisant aux soins, traitements et soutien pour les personnes vivant avec le VIH	15
Obstacles au développement des TAR	15
Difficultés en matière de maintien et d'observance du traitement et de suppression virale	16
Obstacles sociaux et systémiques	17
Engagements pour renforcer la riposte au VIH	20
Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida, 2011	20
Stratégie régionale pour la riposte du secteur de la santé 2011-2015	20
Engagements de l'Union africaine	20
Ligue des États arabes	20
Traitement 2015	21
Vers l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH : cadre conceptuel pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord	21
Accélérer l'accès au traitement du VIH dans la Région : comment y parvenir ?	22
S'engager à agir d'urgence	22
Susciter la demande	23
Mobiliser des investissements conséquents	26
Obtenir des résultats de façon équitable	29
Aller de l'avant	31
Références	32

Préface

Le traitement antirétroviral (TAR) a transformé la riposte internationale à l'épidémie de VIH. Cependant, pour les personnes vivant avec le VIH, le fait de pouvoir bénéficier d'un traitement vital dépend trop souvent de l'endroit où elles vivent. Parmi toutes les régions du monde, la couverture du traitement contre le VIH est la plus faible dans la Région de la Méditerranée orientale (Organisation mondiale de la Santé - OMS) et dans la Région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida - ONUSIDA), collectivement dénommées dans ce rapport « la Région » ; en effet, elle ne dépasse pas les 15 % du nombre estimé de personnes nécessitant un traitement. La situation dans la Région est critique et nous sommes en retard par rapport au niveau mondial d'accès au traitement. La vitesse de croissance de la couverture du traitement étant également plus faible dans cette Région qu'au niveau international, la disparité en matière d'accès au traitement continue donc à augmenter entre la Région et le reste du monde.

Cette situation doit changer d'urgence. Non seulement les personnes vivant avec le VIH ont les mêmes droits au traitement que leurs homologues dans les autres parties du monde, mais le bénéfice secondaire du traitement antirétroviral permet également de prévenir les nouvelles infections. Même si la communauté internationale fête la diminution du nombre de nouveaux cas d'infection dans le monde, la Région est l'une des deux régions du monde où les nouveaux cas d'infection par le VIH augmentent.

Heureusement, nous connaissons le moyen d'inverser ces tendances. Les expériences provenant du monde entier indiquent clairement comment développer le traitement du VIH, et les responsables de la Région se sont clairement engagés à agir pour offrir des services de traitement aux personnes qui en ont besoin. Maintenir le statu quo ne fonctionne pas, et le présent rapport fournit un cadre d'action pour faire augmenter rapidement le dépistage et la couverture du traitement contre le VIH.

Il indique les actions à mener pour combler les lacunes en matière de traitement et parvenir à l'accès universel au traitement. Nous devons faire en sorte que les politiques reflètent les avancées récentes dans le domaine de la science, en mettant l'accent sur l'importance du dépistage et du traitement plus précoces, en particulier pour les populations clés.

Pour que la Région parvienne à l'accès universel, il faudra se concentrer de façon accrue sur les lieux et populations où la prévalence du VIH et le besoin non satisfait en matière de services de dépistage et de traitement sont les plus élevés.

Nous ne pouvons pas attendre pour agir ni espérer un développement lent, car des expériences provenant de divers pays soulignent l'importance d'un développement rapide pour permettre des ripostes nationales afin de prendre de vitesse l'épidémie. Et pour atteindre nos objectifs en matière de traitement, nous devons encourager et stimuler l'innovation quant à la promotion et à la mise en œuvre du dépistage du VIH et du traitement, en collaborant étroitement avec les communautés touchées afin de s'attaquer au problème de la stigmatisation.

Un groupe de parties prenantes ne peut assumer seul la tâche d'offrir le traitement du VIH à tous ceux qui en ont besoin. Seule une approche impliquant un partenariat fonctionnera, engageant des établissements publics, le secteur privé, la société civile, les responsables religieux et les personnes vivant avec le VIH.

L'OMS et l'ONUSIDA s'engagent à unir leurs forces pour aider la Région à atteindre ses objectifs en matière de traitement. Nous espérons que ce cadre de travail régional permettra de renouveler l'engagement en faveur de la riposte, surmonter les obstacles et accélérer l'avancée vers notre objectif commun consistant à poser les fondements pour mettre un terme à l'épidémie de VIH.



Michel Sidibé
Directeur exécutif
ONUSIDA



Ala Alwan
Directeur régional
Bureau régional de l'OMS pour
la Méditerranée orientale

Mesures clés recommandées dans le rapport

Objectif

Déployer une initiative adaptée et audacieuse afin d'augmenter l'accès au traitement du VIH dans la Région, répondant aux lignes directrices combinées 2013 de l'OMS sur le traitement antirétroviral et à l'initiative Traitement 2015.

Justification

La crise du traitement du VIH touchant la Région est réversible. La mise en œuvre des actions recommandées le plus tôt possible permettra à la Région d'atteindre la couverture universelle pour le traitement du VIH.

Mesures clés recommandées

S'engager à agir d'urgence

1. Définir des objectifs annuels ambitieux pour le dépistage et le traitement du VIH aux niveaux national et local, surveiller de près l'évolution et adopter rapidement une mesure corrective si les objectifs ne sont pas atteints.

Susciter la demande

2. Mettre en œuvre des plans d'action audacieux pour mettre un terme à la stigmatisation et à la discrimination dans les services de santé.
3. Adopter et mettre en œuvre des technologies de dépistage rapide permettant d'obtenir les résultats le jour-même.
4. Proposer des services de dépistage du VIH dans les milieux communautaires afin d'atteindre les populations clés présentant un risque accru d'exposition au VIH.
5. Normaliser le dépistage du VIH dans les établissements de santé en le proposant systématiquement dans le cadre des soins réguliers dans les services de soins prénatals, pour la tuberculose, les IST, la prévention et le traitement des toxicomanies, et dans d'autres services concernés.
6. Adopter des services de soins et de traitement du VIH gratuits, normalisés et accueillant pour les patients afin de faciliter un accès rapide aux soins dès que le diagnostic de VIH est posé, une instauration précoce d'un TAR, l'observance du traitement et le maintien des soins.

Mobiliser des investissements durables

7. Augmenter la part des investissements nationaux pour le VIH grâce à des mécanismes de financement prévisibles et durables au niveau national.
8. Réduire les coûts associés aux médicaments antirétroviraux, y compris l'utilisation élargie des génériques, la recherche d'achats en gros et d'investissements pour créer une capacité de production pharmaceutique régionale.

9. Suivre et développer des opportunités pour augmenter l'efficacité et la rentabilité des activités de dépistage, de traitement et de soins, en commençant par concentrer de façon significative les ressources sur les populations spécifiques clés pour chaque pays et localité.
10. Accroître la capacité des communautés à concevoir et soutenir le développement du dépistage et du traitement et améliorer l'efficacité du traitement à long terme.
11. Développer la capacité des systèmes de santé à dispenser des soins chroniques contre le VIH.

Obtenir des résultats de façon équitable

12. Simplifier les protocoles de traitement et se diriger vers des associations thérapeutiques à dose fixe avec des traitements consistant en « un comprimé par jour ».
13. Proposer un TAR, quel que soit le statut immunologique, aux groupes suivants de personnes vivant avec le VIH : personnes en couple sérodiscordant, femmes enceintes et qui allaitent, enfants âgés de cinq ans et moins, personnes atteintes de tuberculose active et personnes atteintes d'hépatite B avec maladie hépatique chronique sévère.
14. Éviter les interruptions de service en raison des ruptures de stocks de médicaments et de matériels de laboratoire.
15. Renforcer et élargir les services de laboratoire pour la surveillance de la réponse au traitement, y compris la surveillance de la charge virale et des taux de CD4.
16. Décentraliser les soins de routine et la surveillance du traitement du VIH vers les milieux communautaires et les établissements de soins primaires selon l'évaluation des besoins, tout en tenant compte de l'implication des prestataires de services publics et privés.
17. Intégrer les soins et le traitement du VIH dans d'autres services de santé tels que les services de santé maternelle, néonatale et infantile, les cliniques spécialisées dans la tuberculose et les services de prise en charge des toxicomanies et de réduction des risques.

Introduction

L'intensification des traitements antirétroviraux (TAR) a transformé la riposte internationale à l'épidémie de VIH. En 2011, dans le monde, les décès associés au sida étaient de 24 % inférieurs à ceux de 2005, le développement des TAR ajoutant 14 millions d'années de vie dans les pays à revenu faible et intermédiaire (1). L'impact préventif des TAR est également de plus en plus évident, y compris là où les épidémies de VIH sont concentrées (2, 3, 4). En raison des bénéfices thérapeutiques et préventifs des TAR, il y a tout lieu d'être confiant en la capacité du monde à établir les bases d'une génération sans sida (5).

Au niveau mondial, on estime qu'entre 2002 et 2012 le développement des TAR a permis de sauver 4,2 millions de vies dans les pays à revenu faible et intermédiaire (6). Cependant, l'impact des TAR sur la santé a à peine été ressenti dans la Région OMS de la Méditerranée orientale/la Région de l'ONUSIDA pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord (la « Région »)¹, où la couverture du traitement du VIH est la plus basse du monde. En 2011, une personne vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne était plus de quatre fois plus à même de recevoir un TAR qu'une personne vivant avec le VIH dans la Région (7). Tandis que dans le monde le nombre de décès associés au VIH continue à diminuer, le nombre de personnes décédant de causes associées au VIH dans la Région a augmenté de 138 % entre 2001 et 2012. Alors même que la couverture régionale du TAR est à la traîne, la Région est l'une des deux régions dans le monde où nombre de cas de nouvelles infections augmentent.

L'OMS et l'ONUSIDA s'engagent à travailler avec les pays de la Région afin d'inverser cette situation. Plus particulièrement, l'OMS

Lignes directrices combinées de l'OMS sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux dans la prévention et le traitement de l'infection par VIH : traitement précoce pour l'infection par le VIH

S'appuyant sur les preuves accumulées des bénéfices thérapeutiques et préventifs du traitement du VIH, l'OMS a recommandé en 2013 d'utiliser un seuil des lymphocytes CD4 de 500 cellules/mm³ pour instaurer le traitement du VIH, ainsi qu'un traitement quel que soit le nombre de lymphocytes CD4 pour certaines populations (y compris les couples sérodiscordants, les personnes atteintes d'hépatite B avec maladie hépatique sévère et/ou tuberculose active, les femmes enceintes et qui allaitent et les enfants âgés de cinq ans et moins). Dans le monde, les révisions des lignes directrices de 2013 ont efficacement augmenté le nombre de personnes pouvant recevoir un TAR, faisant passer ce nombre de 15 millions à 26,7 millions. Les lignes directrices 2010 ont utilisé une numération des lymphocytes CD4 de 350, l'application nationale des directives a varié, un certain nombre de pays ayant utilisé le seuil de CD4 beaucoup plus bas de 200 cellules/mm³ pour l'instauration du traitement

et l'ONUSIDA cherchent à stimuler les efforts pour mettre un terme à la crise du traitement du VIH dans la Région en parvenant à une couverture universelle pour le traitement du VIH d'ici 2020. Dans le but de renforcer la contribution de la Région en faveur de l'objectif international de 2015, consistant à atteindre au moins 15 millions de personnes recevant un TAR, cette initiative régionale envisage une approche proactive pour augmenter l'accès au TAR pour 15 % de personnes supplémentaires vivant avec le VIH dans la Région par an au cours des deux prochaines années.

¹ Les régions de l'ONUSIDA pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord et de l'OMS pour la Méditerranée orientale comprennent les pays et territoires suivants : Afghanistan, Algérie, Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Émirats arabes unis, République islamiste d'Iran, Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Pakistan, territoire palestinien occupé, Qatar, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, République arabe syrienne, Tunisie, et Yémen. Néanmoins, comme le Soudan du Sud ne fait pas partie de la Région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord et quitte la Région de la Méditerranée orientale à partir de janvier 2014, les données et informations provenant du Soudan du Sud n'ont pas été prises en compte dans ce rapport.

Le cadre de travail pour accélérer l'accès au traitement du VIH dont il est question dans ce rapport présente la raison pour laquelle cette initiative régionale est si essentielle. Il décrit les lacunes en matière de couverture du traitement du VIH dans la Région (voir Figure1) et les raisons pour lesquelles si peu de personnes vivant avec le VIH dans la Région reçoivent des services de traitement vitaux. Ce cadre de travail fournit des informations contextuelles sur la crise du traitement du VIH, décrivant l'épidémiologie générale du VIH dans la Région et les engagements que les responsables régionaux ont pris pour renforcer la riposte au VIH. Plus important encore, le rapport s'intéresse sur la période à venir, en identifiant les principes clés devant guider l'action collective dans la Région et les étapes essentielles nécessaires pour mettre un terme à la crise du traitement du VIH.

Dans la Région, les responsables ont fondé une base solide grâce à laquelle il est possible de mettre un terme à la crise du traitement

du VIH, en s'engageant à prendre des mesures spécifiques pour atteindre des objectifs internationaux et régionaux en matière de VIH. En 2013, les acteurs régionaux doivent aller de l'avant en travaillant ensemble pour traduire ces engagements en résultats concrets pour les individus.

Les principales sources de données présentées dans ce rapport sont le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde (GARPR) et les exercices de prévision et d'estimation sur le VIH de l'OMS/ONUSIDA, la dernière série des deux ayant été conduite en 2013. Cependant, comme certains pays de la Région n'ont pas terminé le dernier exercice, le nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH, le nombre de personnes éligibles pour recevoir un TAR et le nombre de décès associés au VIH se basent sur un sous-ensemble de pays de la Région. Chaque fois que des chiffres sur la couverture régionale sont présentés, seuls les chiffres concernant ce sous-ensemble ont été utilisés.²

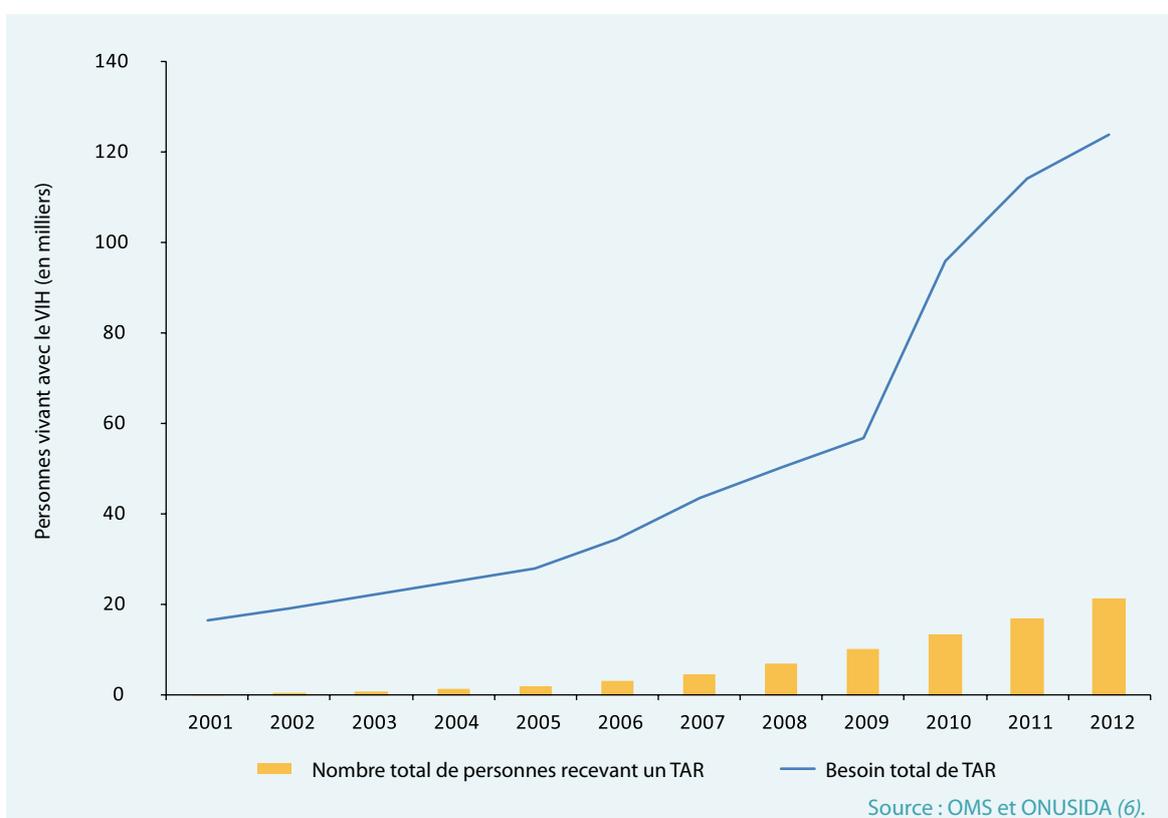


Figure 1 Tendence à l'accroissement des besoins par rapport à la mise à disposition de TAR dans la Région (adultes et enfants)

² Les pays de ce sous-ensemble sont : l'Afghanistan, l'Algérie, Djibouti, l'Égypte, la République islamique d'Iran, le Maroc, le Pakistan, la Somalie, le Soudan, la Tunisie et le Yémen.

Épidémie régionale grandissante



Photo : ©Association Lutte Contre le Sida, Maroc

En 2012, 347 000 personnes vivaient avec le VIH dans la Région, soit une augmentation de 127 % par rapport au nombre de personnes qui vivaient avec le VIH en 2001. Même si dans le monde les cas de nouvelles infections continuent à diminuer, il existe des signes inquiétants indiquant que dans la Région, l'épidémie s'aggrave. Parmi les différentes régions du monde, l'incidence du VIH augmente le plus rapidement dans la Région, le nombre annuel de nouvelles infections ayant augmenté de plus de 124 % entre 2001 et 2012 (7).

Bien que le pourcentage de la population adulte générale vivant avec le VIH dans la Région soit parmi les plus bas au monde, certaines populations ont été affectées de façon disproportionnée. Ces populations incluent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les prisonniers et les professionnel(le)s du sexe et leurs client(e)s. Des études épidémiologiques ont documenté une prévalence du VIH élevée dans les populations clés de nombreux milieux ; des enquêtes récentes indiquent des taux atteignant jusqu'à 87 % chez les personnes qui s'injectent des drogues et 18 % chez les prisonniers en Libye (8), 15,4 % chez les professionnel(le)s du sexe à Djibouti, et 13 % chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en Tunisie.

La prévalence du VIH chez les adultes dépasse 1 % à Djibouti et dans certaines régions de

Somalie, la considérant comme « épidémie généralisée », bien que les populations clés présentant un risque accru d'exposition au VIH représentent également la majeure partie des nouveaux cas d'infection dans ces pays, y compris une majorité en Somalie (9). En ce qui concerne le fardeau du VIH, une variation géographique considérable est signalée dans chaque pays.

Dans la Région, l'épidémie varie considérablement dans et entre les pays. Tandis que les populations clés ont été lourdement affectées dans certains milieux, les enquêtes suggèrent une prévalence très basse dans ces groupes dans d'autres milieux (8). En grande partie, ces variations reflètent simplement la diversité de la Région elle-même, bien qu'elles soient souvent amplifiées par des différences d'attitudes, d'approches politiques et d'accès aux services dans différentes parties de la Région (9).

Pour la Région dans son ensemble, les femmes représentent 38 % du nombre estimatif d'adultes vivant avec le VIH (10), le risque des femmes étant principalement associé aux comportements à risque de leur(s) partenaire(s) sexuel(s) masculin(s), tout spécialement ceux qui appartiennent à des populations clés. Comme dans de nombreux pays, les jeunes gens âgés entre 15 et 30 ans représentant 20 % de la population, le futur de l'épidémie régionale dépendra en grande partie de la capacité à équiper cette nouvelle génération avec les outils et compétences nécessaires pour éviter la transmission du VIH (9).

Crise du traitement du VIH dans la Région

Comme l'épidémie du VIH se propage rapidement, on pourrait s'attendre à ce que l'intensification du traitement du VIH soit l'une des principales priorités dans la Région. Cependant, la couverture du traitement est plus faible dans la Région que dans toute autre partie du monde (Figure 2). Tandis que, dans le monde, 54 % des individus éligibles pour recevoir un TAR l'ont reçu en 2011, seulement 14 % des personnes éligibles pour recevoir le traitement dans la Région ont reçu un TAR (1). En Afrique subsaharienne, où les systèmes de santé ont tendance à être beaucoup plus faibles que ceux de la Région, 56 % des personnes éligibles pour recevoir un TAR en 2011 ont reçu un traitement de ce type (1).

Le nombre absolu de personnes recevant un TAR dans la Région a été multiplié par plus de six entre 2006 et 2012, y compris une augmentation de 26 % en 2012 uniquement. Cependant, l'augmentation de la couverture par le TAR dans la Région a été vraiment plus modérée que dans d'autres régions et reste trop lente pour parvenir à un accès universel.

En 2012, dans la Région, 21 527 personnes (adultes et enfants) prenaient un TAR, sur un nombre estimatif de 124 000 personnes éligibles pour recevoir le traitement. La couverture et le besoin en TAR varient considérablement dans la Région. Parmi les pays à revenu faible et intermédiaire, le Maroc et la Tunisie sont les seuls pays où le TAR a été dispensé à environ la moitié de tous les individus éligibles pour recevoir un traitement conformément aux lignes directrices sur le traitement du VIH 2010 de l'OMS, suivis par le Liban avec une couverture du traitement dépassant 40 %.

Dans la Région, la plupart des personnes ayant besoin d'un TAR résident dans des pays présentant une prévalence du VIH comparativement plus élevée ou des populations nationales plus vastes. En 2011, quatre pays, la République islamique d'Iran, le Pakistan, la Somalie et le Soudan, représentaient 68 % de tous les individus de la Région qui avaient besoin d'un TAR selon les lignes directrices 2010 de l'OMS.

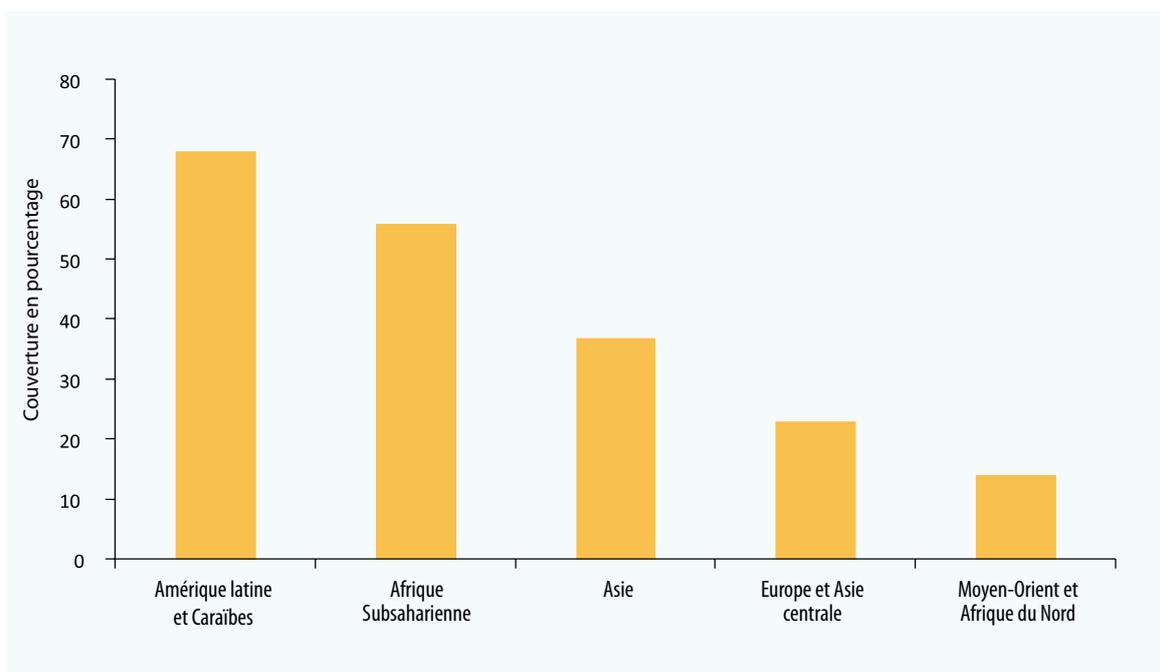


Figure 2 Couverture par le TAR dans les pays à revenu faible et intermédiaire par Région, 2011



Photo: ©UNAIDS/VP/Visot

L'impossibilité d'avoir pu intensifier le TAR est une opportunité manquée importante. Non seulement le TAR réduit les coûts humains du VIH et améliore la santé des forces de travail nationales, mais il joue également un rôle essentiel dans le ralentissement de la propagation du virus. Actuellement, l'augmentation du nombre de personnes ayant besoin d'un TAR dépasse rapidement les efforts pour développer l'accès au traitement dans la Région.

La Région accuse également un retard dans la prévention de la transmission mère-enfant. À une époque où, chaque année dans le monde, le nombre d'enfants ayant acquis le VIH diminue rapidement, baissant de 43 % entre 2003 et 2011 (1), la Région est la seule qui ne présente pas encore de réduction du nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH chez les enfants (7). Tandis que, dans le monde, 57 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral prophylactique en 2011 (1), la couverture des services visant à prévenir la transmission mère-enfant du VIH n'était que de 7,6 % dans la Région.

En 2012, l'OMS, l'ONUSIDA, l'UNFPA et l'UNICEF ont lancé un cadre de travail régional pour l'élimination de la transmission mère-enfant lors de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (11). La situation a quelque peu évolué puisque le nombre de femmes enceintes recevant un traitement antirétroviral prophylactique a plus que doublé entre 2009 et 2012, mais la vitesse de développement des services est beaucoup trop lente pour garantir l'élimination des nouveaux cas d'infection chez l'enfant.

Comme seul un petit nombre de femmes enceintes a accès au dépistage du VIH dans le cadre des soins prénatals, le nombre d'enfants exposés au VIH reste inconnu. En outre, l'accès à un diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons est faible dans la Région et les enfants contaminés ont également un accès minimal aux services de soins et de traitement du VIH vitaux.

Pourquoi la couverture du traitement du VIH est-elle si faible au niveau régional ?

Pour que le développement des TAR soit efficace, il faut aborder chaque étape du continuum du traitement du VIH, y compris un diagnostic précoce du VIH, l'accès des individus séropositifs aux soins, la mise en route rapide d'un TAR, garantir la continuité des soins et une forte observance du traitement. Il faut savoir naviguer dans le continuum du traitement du VIH afin de parvenir au bout du compte à une suppression virale durable et totale, ce qui ralentit radicalement la progression du VIH, diminue significativement les risques de décès et maladies associés au VIH et réduit rapidement le risque de transmission du VIH.

Pour aider les pays à étudier l'importance, et les facteurs déterminants des lacunes et pertes au niveau du continuum de soins et du traitement du VIH, l'OMS a développé des conseils et outils afin d'entreprendre une analyse de la « cascade du traitement du VIH » fondée sur des éléments probants. Selon cette analyse, une action spécifique peut être identifiée et passée en priorité pour combler les lacunes.

Mauvais accès au conseil et au dépistage du VIH

Dans la Région, la plupart des personnes vivant avec le VIH ne connaissent toujours pas leur statut VIH. Un diagnostic tardif de l'infection augmente le risque d'invalidité et de décès liés au VIH, réduit l'efficacité à long terme des TAR et facilite la propagation du VIH.

Les efforts régionaux déployés pour que les personnes découvrent leur statut VIH ont quelque peu progressé, le nombre de personnes dépistées ayant augmenté de 79 % dans les six pays ayant soumis des données sur l'utilisation du dépistage via le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013 (6). Cependant, le nombre absolu de personnes ayant accès aux services

de dépistage du VIH reste extrêmement faible, et les données disponibles n'indiquent pas si les personnes ayant accès au dépistage sont celles exposées à un risque plus élevé.

Plusieurs facteurs contribuent au faible taux de dépistage du VIH dans la Région. Dans de nombreux pays, la sensibilisation au VIH reste faible et nombre de personnes ne savent pas qu'il existe des services de dépistage. Même s'il existe des traitements efficaces contre le VIH, dans la Région, l'infection est souvent dépeinte et perçue comme une maladie infectieuse mortelle et effrayante, dissuadant beaucoup de personnes de se faire dépister volontairement et d'obtenir des conseils. En outre, nombre de personnes ne souhaitent pas se soumettre à un test de dépistage du VIH en raison des idées reçues associant le VIH à des comportements criminels ou immoraux. En raison de la stigmatisation et de la discrimination associées au VIH, de nombreuses personnes craignent que les professionnels de santé, les membres de leur famille et d'autres personnes réagissent négativement si elles se révèlent séropositives.

Les systèmes de santé de la Région ont investi de façon inadéquate dans la mise à disposition et la promotion de services de dépistage du VIH. Par habitant, la Région était la région qui avait le nombre le plus bas d'infrastructures de dépistage du VIH en 2010. Dans la Région en 2010, le nombre médian d'infrastructures de dépistage du VIH (1,1 pour 100 000 adultes, selon les rapports issus de six pays) était généralement inférieur au septième du nombre disponible dans les pays à revenu faible et intermédiaire (8,2 pour 100 000 adultes selon le rapport de 104 pays) (12).

La Région n'a pas encore diversifié ses approches en matière de conseil et de dépistage du VIH afin que les services soient totalement disponibles aux personnes qui en ont besoin. Dans la Région, le conseil et le dépistage du VIH sont principalement

mis à disposition grâce à des services traditionnels de conseil et de dépistage volontaires à l'initiative des clients. La plupart des services de conseil et de dépistage volontaires disponibles sont sous-utilisés et principalement consultés par des individus qui sont orientés par leur professionnel de santé car ils présentent des signes et symptômes évocateurs du VIH.

Les services de conseil et de test à l'initiative des professionnels de santé sont encore à un stade très peu avancé dans la Région. Selon des rapports nationaux récents, seuls cinq pays disposent de directives en matière de conseil et de dépistage à l'initiative des professionnels de santé pour les femmes enceintes et seuls trois pays en ont pour les patients atteints de tuberculose.

Le conseil et le dépistage du VIH ainsi que l'aide sociale extra-institutionnels sont disponibles dans quelques pays de la Région, principalement pour tenter d'atteindre les populations clés présentant à un risque accru d'exposition au VIH. Cependant, la couverture pour le conseil et le dépistage du VIH à l'échelle communautaire reste extrêmement faible. Dans de nombreuses parties de la Région, les campagnes en matière de conseil et de dépistage du VIH

sont également conduites au coup par coup, souvent associées à des occasions spéciales telles que la Journée mondiale du sida.

Seuls trois pays de la Région (Djibouti, Somalie et Soudan) ont introduit des stratégies en matière de dépistage du VIH qui utilisent trois tests rapides en série afin d'établir une séropositivité au VIH. D'autres pays de la Région continuent à utiliser des technologies biologiques plus complexes et plus lentes pour le diagnostic de l'infection à VIH. Dans ces autres pays, soit les tests rapides ne sont pas utilisés du tout, soit ils sont utilisés comme premier dosage uniquement, la confirmation des tests réactifs se faisant par essai d'immunoabsorption enzymatique (ELISA) ou par test Western Blot. En raison de la nécessité de confirmation des tests réactifs, les patients ne peuvent pas recevoir leurs résultats lors du dépistage initial et doivent retourner les chercher à une date ultérieure. Cette approche augmente la probabilité que les patients ne reçoivent pas leurs résultats car ils ne se rendent pas à la visite de suivi.

Dans la Région, les ressources limitées disponibles pour le dépistage ne sont pas utilisées de manière stratégique, ce qui limite la portée et l'impact des initiatives de dépistage. Entre 1995 et 2008, les travailleurs



migrants représentaient près de 60 % des personnes se soumettant à un test de dépistage du VIH dans la Région, par rapport à 4 % pour les populations clés.

Accès insuffisant aux soins, traitements et soutien pour les personnes vivant avec le VIH

Il n'existe actuellement aucune donnée fiable sur les taux d'accès aux soins, traitements et soutien pour les personnes vivant avec le VIH, bien que l'on pense que la déperdition à ce stade dans la Région est assez élevée en grande partie à cause du nombre insuffisant de systèmes d'orientation-recours efficaces. Une fois le diagnostic du VIH posé, les personnes vivant avec le VIH doivent être mises en relation avec des services de soins du VIH. À ce jour, les soins chroniques à vie du VIH ont souvent été négligés car l'accent était mis sur les TAR. Les soins chroniques du VIH doivent être normalisés et inclure des évaluations régulières afin de déterminer l'éligibilité pour recevoir un TAR.

L'OMS recommande aux personnes vivant avec le VIH de se soumettre à un test de numération des lymphocytes CD4 lors du diagnostic, tous les 6 à 12 mois avant la mise en route d'un TAR, puis tous les 6 mois une fois le TAR mis en route, avec en plus une mesure de la charge virale tous les 12 mois. Les lignes directrices combinées 2013 sur le traitement antirétroviral augmentent l'importance de se soumettre régulièrement à un test de numération des lymphocytes CD4, exigeant la mise en route d'un traitement pour les numérations des lymphocytes CD4 les plus élevées.

À l'exception de l'Afghanistan, tous les pays de la Région ont une certaine capacité à réaliser des tests de numération des lymphocytes CD4, bien que la disponibilité de la capacité des laboratoires en matière de lymphocytes CD4 varie considérablement dans la Région. Au Pakistan, par exemple, l'organisation non gouvernementale *Nai Zindagi* a mis en place des dispositifs de numération des

lymphocytes CD4 portables pour atteindre les communautés isolées. Néanmoins, plusieurs pays de la Région (par ex. Somalie, Soudan et Yémen) luttent encore pour assurer la disponibilité immédiate des tests de numération des lymphocytes CD4, avec des difficultés techniques et des ruptures de stocks de réactifs dues à des problèmes de chaîne d'approvisionnement.

Obstacles au développement des TAR

Des systèmes sont actuellement en place dans tous les pays de la Région pour dispenser des TAR, 80 % des personnes vivant avec le VIH et connues du système de santé recevant un TAR (13). Étant donné la couverture extrêmement faible par les TAR dans la Région, ces chiffres indiquent que l'une des causes majeures empêchant le développement accéléré est l'insuffisance des efforts déployés pour identifier les personnes vivant avec le VIH afin qu'elles puissent recevoir un traitement contre le VIH.

Les difficultés rencontrées par les pays de la Région pour développer l'accès aux TAR varient. Lorsque l'accès aux tests de numération des lymphocytes CD4 est limité, un grand nombre de personnes ne sont pas évaluées afin de déterminer leur éligibilité pour recevoir un TAR. Dans certains pays, la fin imminente du financement par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) limite leur capacité à recruter de nouveaux patients devant recevoir un TAR. Dans certaines parties de la Région (par ex. Pakistan), les professionnels de la santé remettent à plus tard la mise en route d'un TAR pour les personnes qui s'injectent des drogues jusqu'à ce qu'elles suivent une cure de désintoxication, ceci étant justifié par l'idée selon laquelle la consommation de drogues est incompatible avec l'observance du traitement.

Il est essentiel de dispenser de manière fiable et régulière des médicaments antirétroviraux afin d'accélérer et de soutenir



Photo : ©ONUSIDA/PViroc

le développement des TAR. Bien qu'il n'existe pas d'information sur la fréquence des ruptures de stocks de médicaments antirétroviraux pour tous les pays de la Région, il semblerait qu'elles surviennent fréquemment dans certains pays. En 2008 et 2009, 92 % des établissements de santé distribuant des médicaments antirétroviraux ont connu des ruptures de stocks à Djibouti, 20 % en République islamique d'Iran, 12 % en Somalie et 6 % au Soudan, ainsi que dans le seul établissement de santé administrant des TAR au Liban (13).

La surveillance de la charge virale joue un rôle important pour contrôler l'efficacité thérapeutique et indiquer aux cliniciens qu'ils doivent changer les traitements qui ne sont plus efficaces. Cependant, plusieurs pays (dont la Somalie et le Soudan) ne possèdent aucune capacité de surveillance de la charge virale.

Difficultés en matière de maintien et d'observance du traitement et de suppression virale

Les personnes vivant avec le VIH qui commencent à prendre un TAR ne parviennent souvent pas à suivre leur traitement. Pour 2011, huit pays de la Région ont signalé des taux de maintien du TAR dépassant la moyenne internationale de 86 % (Afghanistan, Djibouti, Égypte, Jordanie, Koweït, Liban, Maroc, Qatar), tandis que plusieurs pays (par ex. Soudan, Yémen) ont signalé des taux extrêmement faibles (14). Divers facteurs peuvent faire que les individus abandonnent leur traitement du VIH, y compris les difficultés de la vie, les responsabilités familiales, les effets indésirables non contrôlés associés aux médicaments antirétroviraux, les coûts inabornables, les ruptures de stocks de médicaments antirétroviraux et le fait que certaines personnes pensent qu'elles n'ont plus besoin de médicaments ou d'un suivi médical régulier.

Comme une mauvaise observance du traitement constitue la principale raison de l'émergence de la résistance aux médicaments contre le VIH, une aide à l'observance est

essentielle pour que les traitements et soins du VIH soient efficaces. Le but ultime des traitements et soins du VIH est de supprimer le virus, ce qui à son tour améliorera la santé et le bien-être des individus et réduira le risque de transmission du VIH. La résistance aux traitements prescrits et une mauvaise observance du traitement constituent les principales causes d'échec thérapeutique, permettant ainsi à la réplication virale de rebondir, comme le mesure la charge virale chez les patients (à savoir, quantité de virus circulant dans le plasma).

Il est conseillé aux pays de mettre en place des systèmes pour surveiller l'émergence d'une résistance aux médicaments contre le VIH (15). Plusieurs pays surveillent le risque d'émergence d'une résistance aux médicaments contre le VIH grâce à des indicateurs d'alerte précoce. L'Arabie Saoudite a réalisé une enquête sur la résistance aux médicaments contre le VIH acquise et la République islamique d'Iran a étudié la résistance aux médicaments contre le VIH transmise (8).

Comme dans la Région, moins de 5 % des patients sous TAR reçoivent actuellement des traitements de deuxième intention, la principale difficulté est de garantir un accès immédiat aux traitements de première intention recommandés. Cependant, dans le temps, la demande en traitements de deuxième et troisième intentions augmentera inévitablement, soulignant la nécessité de prendre des mesures maintenant pour garantir l'accès à long terme à un plus grand nombre de médicaments antirétroviraux. En effet, dans certaines parties de la Région, l'utilisation de traitements de deuxième intention est également notable. Par exemple, parmi les patients sous TAR au Maroc, 14 % des adultes et un tiers des enfants sont à présent sous traitement de deuxième intention.

Obstacles sociaux et systémiques

Certaines difficultés transversales affectent les résultats à plusieurs stades du traitement du VIH et du continuum de soins.

Stigmatisation, discrimination et environnement défavorable

La stigmatisation et la discrimination entravent le développement du dépistage et des traitements. Des rapports indiquent que les attitudes stigmatisantes envers les personnes qui vivent avec le VIH sont fréquentes dans la Région. Par exemple, au Pakistan, 26 % des personnes vivant avec le VIH ont signalé avoir été exclues des activités familiales à cause de leur séropositivité (16).

Dans la société au sens plus large, les professionnels de santé entretiennent souvent des attitudes sociales négatives fréquentes envers les personnes vivant avec le VIH ou les populations clés marginalisées. Ainsi, les personnes qui reconnaissent avoir pu être exposées au VIH évitent souvent les services de santé traditionnels par crainte de se voir refuser des soins médicaux et un traitement contre le VIH, dénoncées aux autorités ou harcelées (13).

À ce jour, la plupart des pays de la Région n'ont toujours pas mis en place de cadre juridique et politique solide se basant sur les droits de l'homme en ce qui concerne le VIH. Parmi les pays de la Région ayant fourni des données pertinentes à l'ONUSIDA en 2012, la plupart ne disposaient pas de lois ou de politiques interdisant la discrimination associée au VIH.³ De même, la plupart de ces pays disposent de lois répressives contre une ou plusieurs populations clés, ou disposent de politiques faisant obstacle aux populations clés accédant aux services liés au VIH.

Tandis qu'une nette tendance internationale en faveur de la levée des restrictions en matière de VIH imposées à l'entrée, au séjour et à la résidence est évidente, le nombre de pays et territoires disposant de restrictions liées au VIH imposées aux voyageurs passant de 96 en 2000 à 44 en 2013, nombre de pays de la Région conservent des politiques desservant les efforts de santé publique déployés.⁴ À cause de ces réglementations, les migrants qui sont séropositifs manquent des opportunités d'emploi essentielles et

³ Voir les rapports sur les progrès des pays. Disponible à l'adresse :<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>.

⁴ Informations fournies par l'ONUSIDA, 2013.

sont généralement renvoyés dans leur pays d'origine sans conseil, ni traitement ni soins appropriés.

Attention inadéquate accordée aux populations clés

Malgré des preuves évidentes indiquant que la transmission au sein des populations clés présentant un risque accru d'exposition au VIH représente un moteur important dans nombre d'épidémies dans la Région, les programmes de dépistage et de traitement n'ont guère su s'intéresser aux groupes en ayant le plus besoin. Selon les rapports nationaux envoyés à l'ONUSIDA en 2012, les pays de la Région ne parviennent généralement pas à proposer aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes des services de dépistage du VIH, la plupart des pays ne rapportant aucune donnée sur la couverture du dépistage pour cette population (1). Dans la Région, en 2012, aucun pays n'a signalé avoir proposé à une majorité de personnes qui s'injectent des drogues des services de dépistage du VIH. Il manque des données sur la couverture du dépistage du VIH pour la plupart des pays (1).

L'expérience dans la Région souligne la possibilité d'atteindre des populations clés grâce à des programmes communautaires et culturellement appropriés ciblés. Par exemple, le Maroc est parvenu à une couverture des services liés au VIH à grande échelle pour les professionnel(le)s du sexe, tandis que la République islamique d'Iran est à l'avant-garde des activités de réponse aux besoins liés au VIH des personnes qui s'injectent des drogues (13). Bien qu'ils soient exposés à un risque élevé, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont moins à même de recevoir un soutien ciblé en ce qui concerne leurs besoins liés au VIH dans la Région (13).

Difficultés des systèmes de santé

Par rapport à d'autres régions, la Région accorde moins d'importance aux dépenses de santé (Figure 3). En 2011, la Région a alloué 4,4 % des ressources du secteur public

aux services de santé, ce qui est nettement inférieur aux pays à revenu faible et intermédiaire dans d'autres parties du monde. Ces faibles niveaux d'investissements dans le domaine de la santé entraînent de graves insuffisances au niveau des infrastructures, y compris des systèmes de gestion financière et commerciale inadéquats, une infrastructure de laboratoire faible, des systèmes de gestion de l'information insuffisants et des mécanismes faibles, voire inexistant, pour impliquer la société dans la planification de services de santé ou la prestation de services.

Aucun mécanisme de financement de la santé ni aucune assurance-maladie sociale n'a encore été développé dans la plupart des pays de la Région. Par conséquent, les paiements directs et les dépenses de santé directes deviennent la principale source de financement, ce qui limite l'accès aux soins de santé pour les foyers.

Ces faiblesses systémiques compromettent les efforts visant à fournir des TAR aux personnes qui en ont besoin. Les problèmes de gestion des chaînes d'approvisionnement augmentent le risque de ruptures de stocks de médicaments, les financements insuffisants des systèmes de santé diminuent la capacité à inclure d'autres patients dans les programmes de TAR et la faible

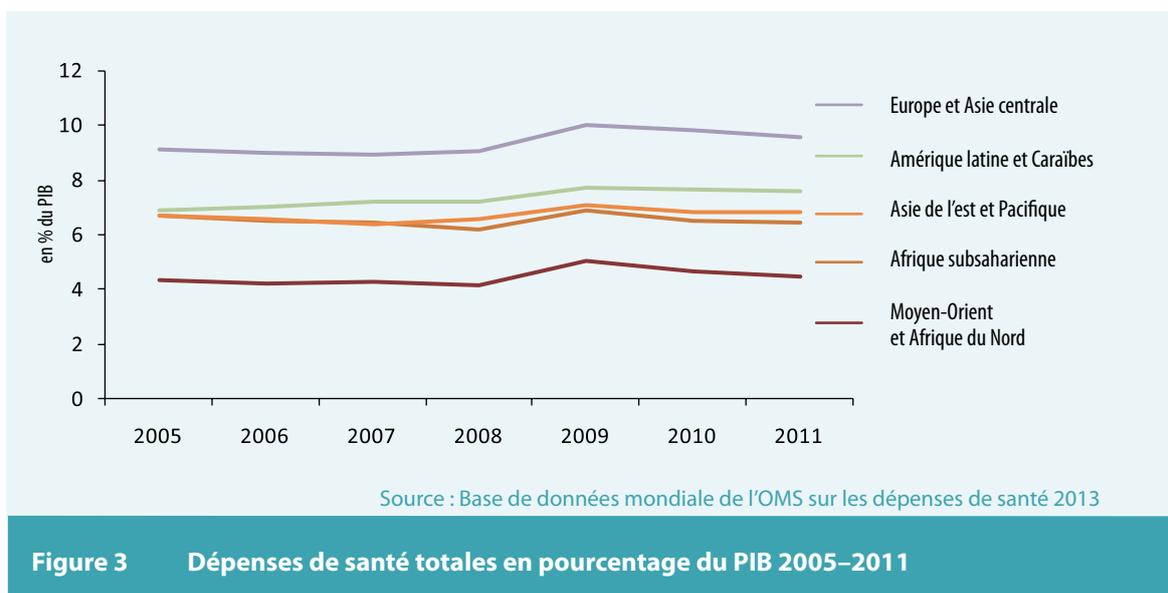


Photo: Association de réduction des dommages du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord

infrastructure de laboratoire contribue à un accès inadéquat aux outils de diagnostic essentiels, tels que le test de numération des lymphocytes CD4 et la mesure de la charge virale. De même, l'incapacité à engager les groupes de la société civile en tant que partenaires dans la riposte inhibe la capacité des programmes de traitement à atteindre les populations marginalisées.

En outre, dans plusieurs pays de la Région, un nombre insuffisant de professionnels de

santé qualifiés constitue un obstacle majeur au développement des TAR. Dans cinq pays (Afghanistan, Djibouti, République islamique d'Iran, Soudan et Yémen), au maximum quatre médecins sont disponibles pour 10 000 habitants. Quinze pays de la Région ont moins de 20 médecins pour 10 000 habitants, ce qui est considéré par les experts comme étant le niveau d'effectif minimal pour pouvoir dispenser des services de santé de base. La crise des effectifs est tout particulièrement aiguë en Somalie, où le nombre de médecins pour 10 000 habitants est de 0,3.



Engagements pour renforcer la riposte au VIH

Les efforts déployés pour mettre un terme à la crise du traitement du VIH dans la Région ont de bonnes bases sur lesquelles s'appuyer. Les responsables nationaux de la Région se sont clairement et concrètement engagés à renforcer la riposte au VIH. Bien que ces engagements démontrent une prise de conscience du défi du VIH et la détermination à agir, l'incapacité des pays à développer les TAR montre qu'il est nécessaire de traduire les engagements en actes.

Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida, 2011

En tant que membres de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU), les pays de la Région ont appuyé la déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida (17). Conçue pour contribuer à la réalisation de l'Objectif du Millénaire pour le développement d'ici 2015 consistant à arrêter l'épidémie de VIH et commencer à inverser la tendance, la déclaration politique 2011 a promis aux États Membres des Nations Unies d'agir afin d'atteindre des objectifs et engagements spécifiques d'ici 2015 pour parvenir à zéro nouvelle infection, zéro décès associé au sida et zéro discrimination.

Stratégie régionale pour la riposte du secteur de la santé au 2011-2015

De même, en 2010, le Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a soutenu la Stratégie régionale pour la riposte du secteur de la santé au VIH 2011–2015 (13). Le principal objectif de cette stratégie est de combler les lacunes en matière de prévention du VIH, de traitement du VIH et du continuum de soins. Les Ministres de la santé ont accepté une série de mesures pour atteindre un ensemble d'objectifs en matière de prévention et de

traitement d'ici 2015, y compris que 1) au moins 50 % du nombre estimatif d'adultes et d'enfants atteints d'une infection par le VIH à un stade avancé reçoivent un TAR⁵; et que 2) au moins 90 % des personnes vivant avec le VIH aient accès à des soins et à un traitement contre le VIH.

Engagements de l'Union africaine

En tant qu'États membres de l'Union africaine (UA), les pays africains de la Région ont approuvé une série d'engagements prise par l'Union africaine. Dans la Déclaration d'Abuja de 2001 sur le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes (18), les États membres de l'Union africaine se sont engagés à allouer au moins 15 % des dépenses nationales du secteur public à la santé. Plus récemment, dans la Feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité internationale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique (19), les États Membres de l'Union africaine se sont engagés à augmenter les ressources nationales pour le VIH, la tuberculose et le paludisme, diversifier le financement pour les ripostes à ces maladies prioritaires, et mettre pleinement en œuvre le Plan relatif à la fabrication de médicaments pour l'Afrique, qui envisage de renforcer la capacité de production pharmaceutique locale sur le continent et d'harmoniser la réglementation en matière de médicaments.

Ligue des États arabes

Le Conseil des ministres arabes de la santé, lors de sa trente-septième session à Amman, a approuvé une initiative arabe contre le sida afin de développer la riposte au VIH aux niveaux régional et national. La Stratégie arabe de lutte contre le sida 2013–2015 correspondante a pour objectif de soutenir

⁵ L'objectif de la stratégie régionale a été mis au point lorsque les lignes directrices en matière de TAR de l'OMS ont demandé l'instauration d'un TAR chez la plupart des adultes présentant un nombre de CD4 inférieur ou égal à 350. Avec les directives en matière de TAR de l'OMS révisées en 2013, il se peut que cet objectif doive être révisé afin de refléter les tendances en faveur d'une instauration plus précoce du traitement.

les pays afin d'atteindre les objectifs établis dans la déclaration politique 2011 et de mettre en œuvre des mesures conformément à leurs situations et ressources nationales.

Traitement 2015

L'ONUSIDA et l'OMS, ainsi que le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), le Fonds mondial, et les pays à revenu faible et intermédiaire ont adopté l'initiative Traitement 2015, initiative de partenariat lancée en 2013 afin d'utiliser l'objectif international de 2015 visant à atteindre 15 millions de personnes sous TAR comme tremplin pour un accès universel au traitement. L'initiative demande aux pays de prendre des mesures spécifiques afin de s'assurer qu'ils sont prêts à accélérer rapidement le développement des traitements. En particulier, l'initiative recommande des efforts spécifiques pour : générer une demande solide et durable de services de traitement ; faire des investissements stratégiques afin d'augmenter le taux de dépistage du VIH

et de traitement ; et utiliser les meilleures pratiques, les nouvelles technologies et une gestion rigoureuse des programmes afin d'offrir un traitement du VIH aux personnes qui en ont besoin.

Vers l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH : cadre conceptuel pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord

La Région a adopté la vision internationale visant à éliminer les nouveaux cas d'infection par le VIH chez les enfants et faire en sorte que les mères restent vivantes (20). Elle a adopté les objectifs internationaux globaux visant à réduire le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH chez les enfants de 90 % d'ici 2015, et à réduire le nombre de décès maternels associés au sida de 50 %, également d'ici 2015. Le cadre d'action fournit à la Région une approche systématique commune pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH.

Traitement 2015 : Vitesse, attention, innovation

L'initiative Traitement 2015 a pour objectif de stimuler des progrès rapides en faveur d'un accès universel au traitement. Il faudra penser et agir différemment. Plus spécifiquement, l'initiative Traitement 2015 souligne trois éléments essentiels de réussite :

Vitesse

Un développement rapide permet d'obtenir des ripostes afin de prendre de vitesse l'épidémie, ce qui à son tour garantit que l'épidémie diminue dans le temps plutôt qu'elle ne se développe. Dans de nombreux pays où la base pour mettre un terme à l'épidémie du VIH/sida a été établie, le développement rapide de traitements a permis une importante diminution des décès associés au sida et des nouveaux cas d'infection.

Attention

Comme les personnes recevant actuellement traitées sont peut-être les plus faciles à atteindre, les progrès en faveur d'un accès universel exigeront une action intensifiée pour offrir des services de dépistage du VIH et de traitement aux personnes qui n'y ont actuellement pas accès. L'initiative Traitement 2015 demande à tous les pays d'utiliser immédiatement les données disponibles afin d'identifier les zones géographiques, les milieux et les populations clés où la prévalence du VIH est élevée et où il existe un besoin non satisfait disproportionné de traitement du VIH. Au niveau mondial, l'initiative Traitement 2015 conseille de porter une attention toute particulière sur 30 pays où 9 personnes sur 10 ne reçoivent pas de traitement du VIH alors qu'elles en ont besoin.

Innovation

De nouvelles approches sont nécessaires pour traduire plus rapidement les avancées scientifiques en acte concret dans les pays. L'innovation doit être déclenchée afin de concevoir un nouveau test de dépistage du VIH, dispenser aux individus un traitement et des soins complets à un stade précoce de l'infection et renforcer les systèmes communautaires.

Accélérer l'accès au traitement du VIH dans la Région : comment y parvenir ?

La couverture par le traitement est nettement plus faible dans la Région que dans toute autre partie du monde. Les gouvernements et partenaires du développement de la Région doivent d'urgence concevoir des plans d'accélération du traitement aux niveaux national et local, traduisant les recommandations 2013 de l'OMS sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux et l'initiative Traitement 2015 en des mesures clés et engagements spécifiques à chaque pays.

S'engager à agir d'urgence

Dans la Région, les TAR ne pourront être développés avec succès que grâce au leadership, à la détermination et à la coopération des hauts dirigeants nationaux, des ministres de la santé, parlementaires, groupes de professionnels de la santé, au secteur privé, aux dirigeants religieux et à la société civile, tout spécialement les personnes vivant avec le VIH. Grâce à leurs nombreux engagements, les responsables de la Région ont donné un fondement solide sur lequel il est possible d'établir une couverture du traitement universelle.

Pour répondre aux engagements en matière de sida pris par les pays, toutes les parties prenantes de la Région doivent reconnaître le caractère urgent de la crise du traitement du VIH. Outre l'augmentation des décès associés au VIH, l'incapacité de développer les

TAR indique que la Région ne parvient pas à récolter les énormes bénéfices en matière de prévention d'un traitement précoce.

En concentrant les efforts pour combler les lacunes en matière de traitement, les responsables de la Région doivent présenter des preuves pour guider la riposte. Il est essentiel d'accéder rapidement aux TAR pour que les personnes vivant avec le VIH atteignent le meilleur état de santé possible, ce qui est un droit de l'homme internationalement reconnu. Parmi les outils biomédicaux de prévention du VIH ayant été rigoureusement évalués, le traitement antirétroviral est hautement efficace, ce qui souligne le besoin urgent pour la Région d'utiliser cet outil extrêmement efficace pour enrayer la propagation de l'épidémie. Les efforts déployés pour mettre un terme à la crise du traitement du VIH doivent tenir compte de l'évolution rapide des données sur le traitement antirétroviral, telles que les preuves émergentes sur les traitements optimaux (20) et les stratégies programmatiques afin de garantir l'accès aux soins et leur maintien (21).

En raison des nombreuses priorités concurrentes et des ressources limitées, les responsables de tous les pays doivent porter leur attention sur les interventions offrant la meilleure valeur et l'impact le plus important. Pour combler ces lacunes en matière de traitement du VIH, ces interventions comprennent le dépistage du VIH utilisant



plusieurs approches de prestation de services, un accès efficace au traitement et aux soins pour les personnes vivant avec le VIH, des services complets pour dispenser rapidement un TAR de haute qualité, des approches pour garantir une solide observance du traitement et le maintien des soins, ainsi qu'une surveillance et un suivi fiables des patients.

Pour chaque année jusqu'à 2015, les pays doivent établir des objectifs ambitieux pour les ripostes nationales au VIH, en fixant des objectifs spécifiques pour le développement des traitements, en suivant les progrès de développement de l'accès au traitement, et en publiant des rapports sur les progrès. Des objectifs intermédiaires et finaux doivent également être mis en place. À l'approche de l'échéance de 2015, de nouveaux objectifs annuels doivent être mis en place pour guider le développement continu vers l'objectif visant à atteindre une couverture du traitement universelle d'ici 2020. En mettant en place de solides systèmes pour la responsabilisation dans les réponses, les pays doivent prendre des mesures pour engager un grand nombre de parties prenantes stratégiques, y compris des personnes vivant avec le VIH, le secteur privé, des cliniciens, des associations professionnelles de médecins et infirmières, des responsables religieux, des organisations communautaires et des prestataires de services sociaux.

Des systèmes rigoureux de notification et de surveillance doivent être mis en place pour fournir régulièrement des avis sur les efforts régionaux déployés pour combler les lacunes en matière de traitement. Les résultats doivent être surveillés à chaque étape du continuum du traitement du VIH, du diagnostic de l'infection par le VIH à l'observance à long terme, en passant par l'efficacité thérapeutique. Les pays doivent également s'engager à déclarer chaque année (et idéalement chaque semestre) les résultats, et des mécanismes régionaux doivent être établis pour évaluer les progrès, partager les meilleures pratiques et se mettre d'accord sur les changements nécessaires pour atteindre

l'objectif de 2020. Pour faciliter la surveillance, les pays doivent mettre en place les principaux éléments d'un système de surveillance du VIH et évaluer la taille et les modèles d'utilisation des services des populations clés.

Mesures clés recommandées 1

Définir des objectifs annuels ambitieux pour le dépistage et le traitement du VIH aux niveaux national et local, surveiller de près les progrès et adopter rapidement une mesure corrective si les objectifs ne sont pas atteints.

Susciter la demande

Comme un diagnostic tardif du VIH représente l'obstacle le plus significatif au développement des traitements dans la Région, les pays devront tenter de susciter la demande de dépistage du VIH. Cette demande de dépistage augmentera significativement si la stigmatisation et la discrimination sont traitées et si le test de dépistage du VIH devient une procédure de haute qualité, simple et rapide proposée dans un environnement favorable et pratique. Pour améliorer l'accès aux soins et au traitement du VIH, les individus ayant récemment appris qu'ils étaient séropositifs doivent être efficacement et rapidement pris en charge grâce à des services de soins du VIH chroniques à vie de haute qualité et facilement accessibles.

Traiter la stigmatisation et la discrimination

Des efforts concertés, continus et de haut niveau sont nécessaires pour démystifier et déstigmatiser le VIH dans l'esprit des professionnels de santé, des autorités de santé publique et du public. Les campagnes communautaires qui informent les membres de la communauté sur les bénéfices et la disponibilité du dépistage et d'un traitement précoce du VIH justifient des investissements lourds.



Photo : ONUSIDA/PIVrot

La stigmatisation et la discrimination par les établissements de santé tuent toute demande de dépistage du VIH dans l'œuf et dissuadent les individus d'utiliser les services existants. Reconnaître que l'accès équitable à des services de santé essentiels est un droit de l'homme. Pour soutenir et accélérer les efforts déployés pour augmenter la demande de dépistage et de traitement du VIH, des lois et politiques doivent être mises en œuvre afin d'interdire toute discrimination associée au VIH et garantir l'accès aux soins médicaux, services juridiques et autre appui pour permettre aux personnes vivant avec le VIH de faire valoir leurs droits.

Mesures clés recommandées 2

Mettre en œuvre des plans d'action audacieux pour mettre un terme à la stigmatisation et à la discrimination dans les services de santé.

Simplifier le dépistage du VIH

L'adoption de nouvelles technologies de dépistage du VIH faciles à utiliser, à savoir le développement de technologies de dépistage rapide permettant d'obtenir les résultats le jour-même, changera la donne en termes de facilité d'accès au dépistage du VIH. La capacité des prestataires de services non gouvernementaux et privés, en plus du secteur public, à administrer des tests de dépistage rapide du VIH doit être développée et des systèmes de contrôle de la qualité doivent être mis en place. Dans d'autres régions, les pays ayant des contextes épidémiques similaires ont réussi à identifier les personnes vivant avec le VIH surtout grâce

à des technologies de dépistage rapide du VIH en milieu communautaire.

Mesures clés recommandées 3

Adopter et mettre en œuvre des technologies de dépistage rapide permettant d'obtenir des résultats le jour-même.

Proposer le test de dépistage du VIH dans les milieux communautaires

Le fait d'associer un grand nombre d'approches et de modèles de prestation de services pour rapprocher le dépistage du VIH des personnes en ayant besoin permettra d'augmenter l'accès au dépistage du VIH (22). Étant donné les réalités de l'épidémie du VIH dans la Région, où l'infection est concentrée dans les populations clés marginalisées dont les comportements sont fréquemment incriminés, des approches soigneusement conçues sont nécessaires pour atteindre ces populations. L'expérience dans la Région et ailleurs montre que le fait de proposer des tests de dépistage du VIH dans les milieux communautaires via des organisations communautaires et des prestataires de services privés et publics, facilite l'accès au sein des populations clés présentant un risque accru d'exposition au VIH.

Mesures clés recommandées 4

Proposer des services de dépistage du VIH dans les milieux communautaires afin d'atteindre les populations clés présentant un risque accru d'exposition au VIH.

Normaliser le test de dépistage du VIH dans les établissements de santé

En termes de dépistage du VIH, plutôt que les approches passives nécessitant que les individus demandent un test du VIH de leur propre gré, des stratégies plus proactives sont nécessaires, tout en s'assurant en permanence que les services de dépistage sont volontaires et fondés sur des principes des droits de l'homme. Le dépistage du VIH doit être normalisé dans les établissements de santé et systématiquement proposé dans le cadre des soins réguliers. Le fait de proposer systématiquement et gratuitement le dépistage aux patients des services de santé, en particulier aux femmes enceintes, aux patients atteints de tuberculose et aux patients atteints d'une infection sexuellement transmissible (IST), contribuera à un diagnostic plus précoce du VIH chez les personnes vivant avec le VIH et qui n'auraient sinon pas eu accès aux services de dépistage.

Mesures clés recommandées 5

Normaliser le dépistage du VIH dans les établissements de santé en le proposant systématiquement dans le cadre des soins réguliers dans les services de soins prénatals, pour la tuberculose, les IST, la prévention et le traitement des toxicomanies et dans d'autres services pertinents.

Dépistage du VIH pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Oman

Oman dispose d'une couverture des soins prénatals supérieure à 99 %. Depuis 2009, les femmes enceintes se voient systématiquement proposer un test de dépistage du VIH lors de leur première visite dans un centre de soins prénatals. Le dépistage du VIH fait partie des soins standard pour toutes les femmes enceintes. Cette approche permet aux femmes de librement refuser de subir le test, bien que l'accès au dépistage du VIH soit très élevé (>90 %). Entre 2009 et septembre 2012, 90 femmes enceintes vivant avec le VIH ont été identifiées et ont reçu un TAR dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant. À ce jour, les enfants de ces femmes ne présentent pas d'infection par le VIH.

Favoriser l'accès aux services tout au long du continuum de soins du VIH

Les individus ayant récemment appris qu'ils étaient séropositifs doivent être pris en charge efficacement sans délai par des services de soins du VIH chroniques à vie. Les ministres de la santé en collaboration avec des associations médicales, et en consultation avec des personnes vivant avec le VIH, doivent développer des soins chroniques du VIH normalisés et équiper les prestataires de services afin qu'ils puissent mettre en œuvre ces soins. Un soutien psychosocial et des conseils de haute qualité, des temps d'attente courts ou nuls, un traitement prophylactique par co-trimoxazole, une mesure du taux de lymphocytes CD4 au point d'intervention et diverses méthodes pour encourager des visites régulières (telles que des indemnités de transport) améliorent l'accès aux soins du VIH avant de recevoir un TAR.



Le soutien psychosocial dès qu'un nouveau diagnostic de VIH est posé peut avoir un impact important sur l'accès aux soins à vie, et sur leur maintien. Des mécanismes d'entraide par les pairs aident les individus ayant récemment appris qu'ils étaient séropositifs à faire face à leur état de santé, à envisager la divulgation et d'autres problèmes importants, à minimiser l'auto-stigmatisation, à faire face aux circonstances de la vie pouvant interférer avec des soins efficaces contre le VIH et à préparer la mise en route d'un TAR. La capacité des conseillers et autres professionnels de santé concernés à soutenir la divulgation de la séropositivité, apporter des conseils conjugaux et faciliter le dépistage des partenaires, requiert l'attention des programmes de lutte contre le VIH dans la Région.

En outre, les coûts associés au TAR doivent être minimisés, des dispositions en matière de transport doivent être prises pour les patients pouvant rencontrer des difficultés à se rendre aux rendez-vous et des interventions faisant appel aux pairs doivent être intégrées dans les établissements de santé afin de soutenir le maintien des soins et l'observance des patients.

Mesures clés recommandées 6

Adopter des services de soins et un traitement du VIH gratuits, normalisés et accueillant pour les patients afin de faciliter un accès rapide aux soins dès le diagnostic de VIH posé, une instauration précoce du TAR, une observance du traitement et le maintien des soins.

Mobiliser des investissements conséquents

Garantir un financement adéquat de l'intensification du traitement du VIH dans la Région

La Région se compose principalement de pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure qui partagent la

plus grosse part du fardeau du VIH, ainsi que d'un certain nombre de pays à revenu intermédiaire et à revenu élevé non membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Dans la Région, il existe des ressources suffisantes pour financer le développement rapide des TAR, bien qu'à ce jour, nombre de pays doivent encore encourager l'engagement politique ou appliquer les approches stratégiques requises pour offrir un TAR vital aux personnes qui en ont besoin.

La tâche consistant à financer une riposte solide, dont le développement de TAR, est totalement gérable. Si la Région augmentait ses dépenses de santé par habitant (4,4 % du produit intérieur brut (PIB) de façon à atteindre la moyenne internationale de 10 %, de nouvelles ressources considérables seraient générées afin d'améliorer la santé et le bien-être des habitants de la Région. Le développement de TAR nécessiterait une proportion relativement modérée de ces dépenses de santé supplémentaires.

Les dépenses pour l'intensification du TAR représentent un bon investissement national. Chaque dollar investi dans des programmes de dépistage et de traitement efficaces peut assurer des retombées économiques jusqu'à trois fois supérieures au cours de la prochaine décennie en coûts de traitement économisés et en productivité renforcée (23, 24, 25). Dans les pays à revenu intermédiaire où se concentre l'épidémie, comme c'est le cas en Tunisie par exemple, la diminution du coût encourue par une infection supplémentaire représenterait trois fois le PIB par habitant, pour atteindre une économie de USD 16 000 pour chaque infection évitée grâce au développement accéléré des TAR.

Dans la Région, les pays à revenu intermédiaire où se concentre l'épidémie peuvent atteindre un accès universel en investissant seulement 0,02 % du PIB, ou 0,07 % des dépenses publiques (24), soit une augmentation des dépenses inférieure au taux historique de croissance économique de la Région. Contrairement à de nombreuses autres régions, où les épidémies progressant rapidement dépassent rapidement la capacité nationale à répondre, la Région possède les

moyens financiers de faire les investissements onéreux qui pourraient arrêter la croissance de l'épidémie.

La solidarité régionale et le fort engagement des donateurs internationaux seront nécessaires pour atteindre cet objectif, car les pays ayant le plus lourd fardeau du VIH ont également les ressources les plus faibles pour financer les programmes de développement des TAR.

Mesures clés recommandées 7

Augmenter la part des investissements nationaux pour le VIH grâce à des mécanismes de financement prévisibles et durables au niveau national.

Réduire le coût des médicaments antirétroviraux

L'accélération du développement des TAR et le maintien de ces avantages dans le temps exigeront que les pays utilisent le plus efficacement possible les ressources disponibles. À cet égard, il existe une réduction considérable potentielle des coûts associés aux TAR, car la Région paie actuellement le prix médian le plus élevé pour les médicaments antirétroviraux parmi les pays à revenu faible et intermédiaire dans le monde : en moyenne 18 % de plus que le prix médian international. De même, le prix payé par les pays à revenu intermédiaire dans la Région dépasse de plus de 30 % le prix payé par les pays à revenu intermédiaire dans le monde. L'alignement des prix médians permettrait d'économiser plus de 2,1 millions de dollars US chaque année, ce qui aiderait largement les efforts régionaux déployés pour dispenser des TAR à un plus grand nombre de personnes.

Mesures clés recommandées 8

Réduire les coûts associés aux médicaments antirétroviraux, y compris l'utilisation plus généralisée des génériques, la recherche d'achats en gros et d'investissements pour créer une capacité de production pharmaceutique régionale.

Renforcer l'efficacité

L'efficacité est d'autant améliorée lorsque les ressources limitées sont axées sur les populations clés où se concentrent les épidémies nationales. Dans le but d'augmenter l'impact des investissements, le Maroc a utilisé ses résultats issus d'études comportementales et épidémiologiques afin de réviser son plan de stratégie national et augmenter la proportion des ressources axées sur les populations et lieux où apparaissent de nouvelles infections (Figure 4).

Mesures clés recommandées 9

Suivre et développer des opportunités pour augmenter l'efficacité et la rentabilité des activités de dépistage, de traitement et de soins, en commençant par concentrer de façon significative les ressources sur les populations spécifiques clés pour chaque pays et localité.

Impliquer les communautés et renforcer leurs capacités

Dans la Région, il ne sera possible de développer le dépistage et le traitement et d'améliorer l'efficacité thérapeutique à long terme que si les organisations communautaires sont fortement engagées dans la stimulation de la demande, la mise à disposition du dépistage et du soutien psychosocial et le soutien du développement des traitements. Dans de nombreux pays de la Région, les services en matière de VIH sont déjà proposés dans des milieux communautaires. Ces exemples doivent se répéter. Les responsables politiques devront s'engager avec les organisations communautaires dans des efforts solides à court et long terme afin de créer leur capacité.

Mesures clés recommandées 10

Accroître la capacité des communautés à concevoir et soutenir le développement du dépistage et du traitement et améliorer l'efficacité du traitement à long terme.

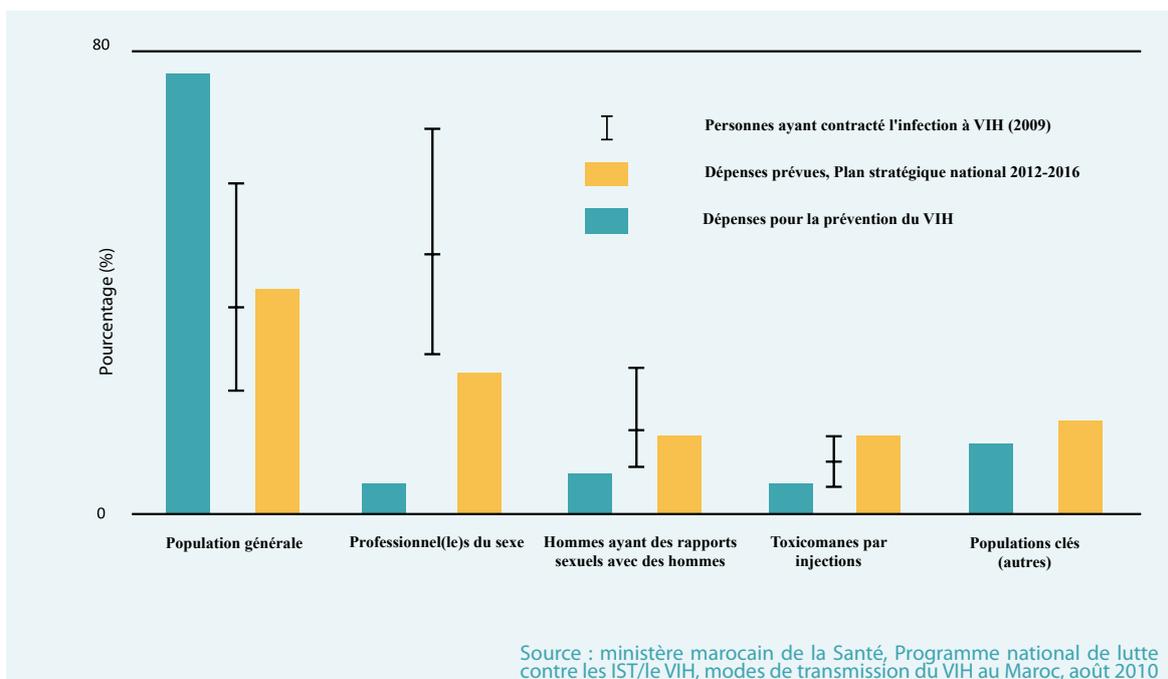


Figure 4 Investir dans la lutte contre le VIH en présence d'une épidémie : exemple du Maroc

Accroître la capacité des systèmes de santé à garantir des soins chroniques à long terme durables contre le VIH

Comme le VIH devient une maladie chronique pouvant être prise en charge, il est essentiel de développer une capacité suffisante pour dispenser des soins chroniques contre le VIH. Les personnes vivant avec le VIH requièrent des soins anticipant leurs besoins à différents stades du continuum de soins du VIH. Par rapport au modèle de soins actifs, les modèles de soins chroniques planifiés impliquent de mettre en place un solide système d'information patient et de créer des opportunités de prévention, d'identification précoce des problèmes et d'interventions rapides.

Si nécessaire, les services cliniques doivent être réorganisés en prenant garde à adopter des protocoles pour les rendez-vous, la prise des médicaments, l'accès et l'intégration à d'autres services de santé, et d'autres éléments des soins contribuant à l'amélioration de l'état de santé. Les interventions faisant appel aux pairs doivent être intégrées dans les établissements de santé afin de soutenir le maintien des soins et l'observance des patients. Lorsque des modèles de prestation

de services qui fonctionnent et des processus de soins sont identifiés dans les systèmes existants, les programmes de prévention du VIH peuvent tirer partie de leur accès et de leur intégration.

Mesures clés recommandées 11

Développer une capacité des systèmes de santé à dispenser des soins chroniques pour le VIH.

Obtenir des résultats de façon équitable

Pour mettre un terme à la crise du traitement du VIH dans la Région, il faudra se concentrer de façon stratégique sur les bonnes interventions offertes aux bonnes populations de la bonne manière et à l'échelle appropriée.

Tandis que les interventions efficaces sont connues et bien caractérisées, les pays de la Région luttent encore pour trouver les façons les plus appropriées de les proposer aux personnes qui en ont besoin. Pour réussir, il faudra que les programmes nationaux repensent et conçoivent de nouveau les approches afin d'optimiser le



nombre d'individus diagnostiqués et traités rapidement.

Simplifier les TAR

Pour accélérer le développement des traitements, il est recommandé aux pays d'adopter des TAR simplifiés et normalisés afin d'augmenter les taux d'observance du traitement et minimiser la complexité administrative. Dans ses lignes directrices combinées 2013 sur le traitement antirétroviral, l'OMS a formellement soutenu cette approche, recommandant aux pays d'adopter une dose quotidienne avec un seul comprimé à prendre.

Mesures clés recommandées 12

Simplifier les protocoles de traitement et se diriger vers des associations thérapeutiques à dose fixe avec des traitements consistant en « un comprimé par jour ».

Élargir les critères d'éligibilité pour les TAR

L'éligibilité des personnes bénéficiant de soins du VIH pour recevoir un TAR doit être évaluée immédiatement et en cas d'éligibilité, le TAR doit être instauré sans délai. L'instauration précoce d'un TAR améliore l'impact des programmes de traitement du VIH sur la santé publique. Il faut à présent agir pour adapter les directives nationales sur le traitement aux recommandations internationales comme indiqué dans les lignes directrices combinées 2013 de l'OMS pour l'utilisation des médicaments antirétroviraux, y compris

l'instauration plus précoce d'un TAR (26). Selon les nouvelles directives, l'instauration d'un TAR est recommandée lorsque le taux de lymphocytes CD4 ≥ 500 et est indépendante de l'éligibilité immunologique des personnes vivant avec le VIH en couple sérodiscordant, des femmes enceintes vivant avec le VIH, des enfants âgés de cinq et moins, des personnes atteintes de tuberculose ou d'hépatite

Mesures clés recommandées 13

Proposer un TAR, quel que soit le statut immunologique, aux groupes suivants de personnes vivant avec le VIH : personnes en couple sérodiscordant, femmes enceintes et qui allaitent, enfants âgés de cinq et moins, personnes atteintes de tuberculose active et personnes atteintes d'hépatite B avec maladie hépatique chronique sévère.

Garantir des services continus soutenus par une surveillance en laboratoire de qualité

Afin d'obtenir une suppression virale durable sous TAR à vie, les pays doivent garantir un traitement continu et fiable soutenu par une surveillance en laboratoire de qualité. Cela implique d'empêcher toute pénurie et rupture de stocks des tests biologiques et médicaments antirétroviraux. Les ruptures de stocks découragent les patients de se faire soigner, entraînent des patients perdus de vue et des interruptions de traitement. Aucun programme thérapeutique n'est crédible si les professionnels de santé et les patients font face à des ruptures de stocks.

Pour plusieurs pays de la Région, il est difficile de maintenir des services de laboratoire fiables, en particulier la surveillance du nombre de lymphocytes CD4. Cela conduit à des retards de l'instauration des TAR et du passage à des traitements de deuxième intention en raison des signes immunologiques de l'échec thérapeutique. Les nouvelles directives de l'OMS demandent la surveillance de la réponse au traitement, ainsi que le diagnostic et la confirmation de l'échec thérapeutique grâce à la mesure de la charge virale (26). Pour mesurer la charge virale et surveiller de manière soutenue le taux de lymphocytes CD4, il faudra renforcer les services de laboratoire existants, tout en associant de façon appropriée la centralisation de volumes élevés d'analyses et les analyses au point d'intervention. Il faut envisager d'utiliser les gouttes de sang séché comme outil pour augmenter l'accès au test de mesure de la charge virale.

Décentralisation du test de numération des lymphocytes CD4 au Pakistan

Au Pakistan, les programmes nationaux/provinciaux sur le VIH/sida collaborent avec l'organisation non gouvernementale *Nai Zindagi* afin d'améliorer l'accès aux soins et au traitement du VIH en proposant un test de numération des lymphocytes CD4 à leurs clients, dont un grand nombre de personnes qui s'injectent des drogues. L'utilisation des équipements portables de mesure du nombre de CD4 présélectionnés par l'OMS permettent à l'organisation d'obtenir des numérations fiables des CD4 sur place pour les personnes vivant avec le VIH et qui s'injectent des drogues, ainsi que pour leur conjoint et leurs enfants. Un nombre beaucoup plus important de personnes peut ainsi avoir accès aux TAR.

Mesures clés recommandées 14

Éviter les interruptions de service en raison des ruptures de stocks de médicaments et de matériels de laboratoire.

Mesures clés recommandées 15

Renforcer et élargir les services de laboratoire pour la surveillance de la réponse au traitement, y compris la surveillance de la charge virale et des taux de lymphocytes CD4

Décentraliser et intégrer la prestation des services du VIH

Pour améliorer l'accès aux soins et augmenter leur maintien, des approches décentralisées sont nécessaires en ce qui concerne le dépistage et le traitement, permettant de rapprocher les services de la communauté. Étant donné les freins auxquels les populations clés présentant un risque accru d'exposition au VIH font face lorsqu'il s'agit de l'utilisation des services de santé traditionnels en raison de la prévalence de la stigmatisation et de la discrimination, de nouvelles voies communautaires devront souvent être créées pour l'aide sociale et la prestation de services. Les groupes communautaires ont un rôle particulièrement essentiel à jouer pour générer une demande de dépistage du VIH, ainsi que des services de traitement, parmi les populations clés.

Les directives 2013 de l'OMS en ce qui concerne les TAR recommandent d'envisager les options suivantes pour la décentralisation de la mise en route et du maintien des TAR : 1) mise en route du TAR à l'hôpital avec maintien de ce dernier dans les établissements de santé périphériques ; 2) mise en route du TAR dans les établissements de santé périphériques et maintien de ces derniers dans les établissements de santé périphériques et/ou au niveau communautaire, à savoir dans des milieux tels que les organisations communautaires, les sites d'aide sociale et les postes de santé (27).

L'accès au traitement du VIH peut être amélioré grâce à l'intégration avec d'autres services. Ceci est tout particulièrement important pour les pays de la Région présentant une épidémie de VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Ces pays doivent envisager d'instaurer et de maintenir les TAR dans des établissements de santé qui dispensent un traitement de substitution aux opiacés. Afin de faciliter l'accès au traitement du VIH pour les personnes vivant avec le VIH et qui se rendent régulièrement dans d'autres services médicaux spécialisés, telles que les femmes enceintes, les enfants ou les personnes recevant un traitement antituberculeux, les

pays doivent envisager d'intégrer les TAR dans les cliniques spécialisées dans la tuberculose et les services médicaux maternels, néonataux et pédiatriques.

Afin de permettre la décentralisation et l'intégration, les directives comprennent des recommandations sur le transfert des tâches, à savoir que les cliniciens formés mais qui ne sont pas médecins, les sages-femmes et les infirmières peuvent mettre en route un TAR de première intention et le maintenir, et que les professionnels de santé communautaires formés et supervisés peuvent dispenser un TAR entre chaque visite clinique régulière. Ces recommandations sont pertinentes dans la Région en particulier pour garantir l'accès aux populations qui sont sinon isolées.

Mesures clés recommandées 16

Décentraliser les soins de routine et le maintien du traitement du VIH aux établissements communautaires et de soins primaires sélectionnés selon l'évaluation des besoins, tout en tenant compte de l'implication des prestataires de services publics et privés.

Mesures clés recommandées 17

Intégrer les soins et le traitement du VIH dans d'autres services de santé tels que les services de santé maternelle, néonatale et infantile, cliniques spécialisées dans la tuberculose et les services de toxicomanie et de réduction des risques.

Aller de l'avant

Il est à notre portée de combler les lacunes critiques en matière de traitement dans la Région. Pour mettre en œuvre les mesures recommandées ci-dessus, il faudra établir un partenariat solide entre les parties prenantes. L'OMS et l'ONUSIDA s'engagent à s'assurer que cela se fera dans les meilleures conditions.

Références

1. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève, ONUSIDA, 2012.
2. Tanser F et al. High coverage of ART associated with decline in risk of HIV acquisition in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Science*, 2013, 339:966–971.
3. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365:493–505.
4. Jia Z et al. Antiretroviral therapy to prevent HIV transmission in serodiscordant couples in China (2003–11): a national observational study. *Lancet*, 2012, S0140-6736(12)61898–4.
5. Fauci A. AIDS: Let science inform policy. *Science*, 2011, 333:13.
6. OMS et ONUSIDA. *Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : Résultats, impact et opportunités [Texte intégral en anglais uniquement ; résumé en français]*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.
7. *Fiche d'information régionale ONUSIDA 2012 : Moyen-Orient et Afrique du Nord*. consultée le 4 septembre 2013.
8. *HIV surveillance in the WHO Eastern Mediterranean Region: Regional update 2012*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2013.
9. *UNAIDS Middle East and North Africa regional report on AIDS 2011*. Cairo, UNAIDS Regional Support Team for the Middle East and North Africa, 2011.
10. Statistiques sur le VIH et le sida, par Région de l'OMS et de l'UNICEF, 2010.
11. Pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH : cadre conceptuel pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord. *Le Caire, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale*, 2012.
12. *Rapport de situation 2011 sur la riposte mondiale au VIH/sida*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
13. *Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la Santé au VIH 2011–2015*. Le Caire, Bureau régional pour la Méditerranée orientale, 2011.
14. 2012 Global AIDS Country Progress Report (GARPR) country reports.
15. *WHO global strategy for the surveillance and monitoring of HIV drug resistance 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012.
16. *Treatment 2015: Demand, invest, deliver*. Geneva, UNAIDS, 2012.
17. *Political declaration on HIV and AIDS: intensifying our efforts to eliminate HIV and AIDS*
18. *Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, tuberculose et les autres maladies infectieuses*, consultée le 4 septembre 2013.
19. *Feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale dans la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique* (consultée le 4 septembre 2013).
20. *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: Recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2010.
21. Thompson MA et al. Guidelines for improving entry into and retention in care and antiretroviral adherence for persons with HIV: evidence-based recommendations from an International Association of Physicians in AIDS Care panel. *Annals of Internal Medicine*, 2012, 156:817–833.
22. *Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): A strategic policy framework*. Geneva, World Health Organization, 2012.
23. Hacker, Lamontagne (2011). Financial analysis of the national response to HIV/AIDS in Tunisia (UNAIDS working paper).

24. Ventelou et al. The macroeconomic consequences of renouncing to universal access to antiretroviral treatment for HIV in Africa: a micro-simulation model. *PLoS One*, 2012, 7(4): e34101. Published online 2012 April 13. doi: 10.1371/journal.pone.0034101.
25. UNAIDS. Investment cases for Thailand (2013 draft).
26. *Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH*. Genève, Organisation mondiale de la Santé 2013. [Version complète en anglais seulement ; résumé en français].



Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de la Méditerranée orientale
Rue de l'Organisation mondiale de la Santé
(précédemment Rue Abdul Razzak al Sanhoury)
Boîte postale 11371 Le Caire (Égypte)
www.emro.who.int



ONUSIDA
www.unaids.org
mena-rst@unaids.org

