



LA RIPOSTE MONDIALE AU VIH/SIDA

Le point sur l'épidémie et sur les progrès
du secteur de santé vers un accès universel

Rapport de situation **2011**



Organisation
mondiale de la Santé



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONU DC
CIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

unicef 

LA RIPOSTE MONDIALE AU VIH/SIDA

Le point sur l'épidémie et sur les progrès
du secteur de santé vers un accès universel

Rapport de situation **2011**

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

La riposte mondiale au VIH/sida : le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel: 2011 rapport de situation.

1.Infection à VIH - thérapie. 2.Infection à VIH - diagnostic. 3.Infection à VIH - épidémiologie. 4.Syndrome d'immunodéficience acquise - prévention et contrôle. 5.Agents antirétroviraux - usage thérapeutique. 6.Secteur soins. 7.Evaluation programme.I.Organisation mondiale de la Santé. II.ONUSIDA. III.UNICEF.

ISBN 978 92 4 250298 5

(NLM classification : WC 503.6)

© Organisation mondiale de la Santé 2012

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int . Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

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 pointillés 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 ne signifie 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 précautions raisonnables 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.

Remerciements

Ce rapport n'aurait pas été possible sans la collaboration et la contribution des ministères de la santé et des programmes nationaux de lutte contre le sida qui dirigent le travail de surveillance, de suivi et d'évaluation au niveau des pays. Les Centres de Lutte contre la Maladie (CDC) des États-Unis d'Amérique ont constitué la première source de soutien financier du travail de l'OMS sur la surveillance et l'évaluation de la riposte au VIH et au sida ; sans cette aide, la production de ce rapport n'aurait pas été possible. La collecte, la validation et l'analyse des données, ainsi que l'impression et la diffusion du rapport ont été aussi financées par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Nous saluons avec gratitude leur contribution. L'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA remercient également MEASURE DHS pour leur avoir donné accès aux données provenant d'enquêtes nationales utilisées dans le présent document.

Imprimé à Malte

Design & mise en page : L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Suisse.

Table des matières

Avant-propos	vii
1. Introduction	1
Bâtir les fondations : engagement politique, investissement et innovation technique	2
Élargir la riposte mondiale au VIH	3
Feuille de route pour 2015	5
2. Le point sur l'épidémie d'infection à VIH	11
2.1 Vue d'ensemble mondiale	12
2.1.1 L'incidence de l'infection à VIH continue à diminuer	13
2.1.2 Moins de personnes meurent de causes liées au sida...	18
2.1.3 ... mais les tendances varient selon les régions	18
2.1.4 Le nombre de personnes vivant avec le VIH augmente au fur et à mesure que s'élargit l'accès au traitement	19
2.1.5 La moitié des personnes vivant avec le VIH sont des femmes	19
2.1.6 Une évolution positive chez l'enfant	19
2.2 Afrique subsaharienne	23
2.2.1 L'Afrique subsaharienne continue à être touchée de manière disproportionnée...	23
2.2.2 ... mais l'incidence de l'infection à VIH diminue dans presque la moitié des pays	24
2.2.3 Les épidémies varient entre les sous-régions	24
2.2.4 Moins d'enfants sont contaminés par le VIH et meurent du sida	25
2.2.5 Moins de personnes meurent de causes liées au sida	25
2.2.6 La transmission du VIH dans les relations de longue durée et dans les relations avec plusieurs partenaires en parallèle...	25
2.2.7 ... et les rapports sexuels rémunérés non protégés ainsi que les rapports sexuels entre hommes restent des facteurs importants	26
2.2.8 La consommation de drogues par injection est un problème croissant dans certains pays	27
2.3 Asie	28
2.3.1 Certains signes montrent un ralentissement de l'épidémie...	28
2.3.2 ... mais les tendances de l'infection à VIH sont variables chez les professionnelles du sexe...	30
2.3.3 ... un pourcentage important des consommateurs de drogues par injection sont infectés...	30
2.3.4 ... et l'épidémie chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est en augmentation	31
2.4 Europe orientale et Asie centrale	32
2.4.1 Une épidémie qui continue à progresser	32
2.4.2 La prévalence de l'infection à VIH est très élevée chez les consommateurs de drogues par injection	33
2.5 Caraïbes	35
2.5.1 Le nombre de personnes nouvellement infectées et le nombre de personnes décédées de causes liées au sida sont en diminution	35
2.5.2 Les rapports sexuels non protégés sont la principale voie de transmission du VIH	36
2.6 Amérique latine	38
2.6.1 Une épidémie globalement stable	38
2.6.2 Les rapports sexuels non protégés entre hommes aggravent l'épidémie	39
2.7 Amérique du Nord et Europe occidentale et centrale	41
2.7.1 Une épidémie généralement stable	41
2.7.2 Les rapports sexuels non protégés entre hommes aggravent la transmission du VIH	42
2.7.3 Les tendances de l'infection à VIH montrent des disparités importantes entre les groupes raciaux, ethniques et socio-économiques	42

2.8 Moyen-Orient et Afrique du Nord	44
2.8.1 Une autre épidémie en expansion	44
2.8.2 Les principaux facteurs sont la consommation de drogues par injection et les rapports sexuels non protégés...	45
2.8.3 ... y compris les rapports sexuels non protégés entre hommes	45
2.9 Océanie	46
2.9.1 Une épidémie modérée et stable	46
2.9.2 Les rapports sexuels non protégés sont le principal déterminant de la transmission du VIH	47
3. Interventions du secteur de la santé pour prévenir l'infection par le VIH	61
3.1 Informations générale et principaux défis à relever	62
3.1.1 Comprendre les caractéristiques de l'épidémie pour guider les programmes de prévention	62
3.1.2 Favoriser l'association de plusieurs méthodes de prévention de l'infection à VIH	62
3.2 Sélection d'interventions du secteur de la santé pour prévenir l'infection à VIH	63
3.2.1 Circoncision masculine dans des pays d'Afrique subsaharienne particulièrement touchés par l'infection à VIH	63
3.2.2 Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles	65
3.2.3 Sécurité de l'approvisionnement en sang	67
3.2.4 Nouvelles technologies de prévention de l'infection à VIH	69
4. Connaissance du statut sérologique par rapport au VIH	75
4.1 Aperçu des avancées obtenues et des principaux défis à relever	76
4.2 Politiques et programmes de conseil et de dépistage du VIH	77
4.3 Disponibilité du conseil et du dépistage du VIH et utilisation de ces services	77
4.4 Couverture du conseil et du dépistage du VIH	78
4.5 Réaliser l'accès universel au conseil et au dépistage du VIH – efficacité des différents modèles	81
5. Étendre le traitement et les soins aux personnes vivant avec le VIH	89
5.1 Vue d'ensemble et principaux défis à relever	90
5.2 Catalyser la prochaine phase d'extension du traitement : l'initiative Traitement 2.0	90
5.2.1 Optimiser les schémas thérapeutiques	91
5.2.2 Assurer l'accès à des outils de diagnostic et de suivi utilisables sur les lieux de soins ou ayant recours à de nouvelles méthodes simplifiées	92
5.2.3 Réduire les coûts	92
5.2.4 Adapter les systèmes de prestation	93
5.2.5 Mobiliser les communautés	96
5.3 Traitement antirétroviral	97
5.3.1 Progrès réalisés au niveau mondial, régional et national dans l'accès au traitement antirétroviral	97
5.3.2 Accès des femmes et des enfants au traitement antirétroviral	102
5.3.3 Disponibilité du traitement antirétroviral	103
5.3.4 Résultats au niveau du programme : rétention sous traitement antirétroviral	104
5.3.5 Prévention et évaluation de la pharmacorésistance du VIH	106
5.3.6 Approvisionnement en médicaments pour le traitement antirétroviral	108
5.3.7 Schémas thérapeutiques d'antirétroviraux	109
5.3.8 Prix des antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou moyen	114
5.4 Activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH	117
5.4.1 Diminution de la charge d'infection à VIH chez les personnes atteintes de tuberculose et dans leur communauté	117
5.4.2 Diminution de la charge de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	118
5.5 Prophylaxie au cotrimoxazole	119

6. Étendre les services à l'intention des populations clés particulièrement exposées au VIH	125
6.1 Vue d'ensemble	126
6.2 Interventions du secteur de la santé pour prévenir l'infection à VIH parmi les populations clés particulièrement exposées au VIH	126
6.2.1 Consommateurs de drogues par injection	126
6.2.2 Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	131
6.2.3 Professionnel(le)s du sexe	133
6.3 Connaissance du statut sérologique VIH dans les populations particulièrement exposées au VIH	136
6.4 Traitement et soins destinés aux populations clés particulièrement exposées au VIH	137
7. Étendre les services liés au VIH pour les femmes et les enfants : vers l'élimination de la transmission mère-enfant et l'amélioration de la santé maternelle et infantile dans le contexte de l'infection à VIH	141
7.1 Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie	142
7.1.1 Initiatives régionales en vue d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants	143
7.1.2 Suivi de l'état d'avancement du Plan mondial	143
7.2 Prévention de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer	146
7.2.1 Stratégies de prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer	146
7.3 Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH	150
7.4 Prévention de la transmission verticale du VIH et amélioration de la santé des femmes enceintes vivant avec le VIH	152
7.4.1 Conseil et dépistage du VIH chez les femmes enceintes	152
7.4.2 Antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH	154
7.4.3 Prophylaxie antirétrovirale pour les nourrissons nés de mère vivant avec le VIH	159
7.5 Traitement, soins et soutien des enfants	161
7.5.1 Diagnostic chez les nourrissons	161
7.5.2 Prophylaxie au cotrimoxazole chez les enfants exposés au VIH	162
7.5.3 Traitement antirétroviral de l'enfant	163
7.6 Mesurer l'impact en vue de l'élimination de la transmission mère-enfant	166
8. Conclusions : parvenir à l'accès universel et le pérenniser	173
Une période riche en opportunités	173
Innovation et efficacité : le programme à réaliser	174
Atteindre les populations et les maintenir dans la filière de soins	174
Adapter les services aux besoins des clients	174
Établir des systèmes permettant de parvenir à l'accès universel et de le pérenniser	175
Annexes	177
Annexe 1 Proportion déclarée de femmes vues en consultation prénatale qui ont fait un test de dépistage de la syphilis à leur première visite, de femmes séropositives pour la syphilis, de professionnel(le)s du sexe séropositifs pour la syphilis active, d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et séropositifs pour la syphilis active, selon les données transmises par les pays à revenu faible ou moyen, en 2010	177
Annexe 2 Nombre déclaré d'établissements proposant un conseil et un dépistage du VIH et nombre de personnes âgées de 15 ans et plus ayant effectué un test VIH et reçu un conseil, dans les pays à revenu faible ou moyen, en 2009 et 2010	180
Annexe 3A.1 Pourcentage de consommateurs de drogues par injection chez qui un test VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, en 2010	184

Annexe 3A.2 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes chez qui un test VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, en 2010	185
Annexe 3A.3 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe chez qui un test VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, en 2010	186
Annexe 3B.1 Pourcentage de consommateurs de drogues par injection chez qui un test VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, 2006-2008 et 2009-2010	188
Annexe 3B.2 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes chez qui un test VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, 2006-2008 et 2009-2010	189
Annexe 3B.3 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe chez qui un test VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, 2006-2008 et 2009-2010	190
Annexe 4 Personnes de tous âges recevant un traitement antirétroviral, personnes de tous âges ayant besoin de ce traitement, et couverture en pourcentage, en 2009 et 2010	191
Annexe 5 Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen en fonction du sexe et de l'âge, estimation du nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral et ayant besoin de ce traitement, et pourcentage de couverture, en 2010	196
Annexe 6 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenu faible ou moyen, en 2009-2010	202
Annexe 7 Avancées obtenues dans 22 pays prioritaires par rapport aux indicateurs clés du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants	209
Annexe 8 Statistiques sur le VIH et le sida, par régions de l'OMS et de l'UNICEF, en 2010	211
Annexe 9 Estimation du nombre de personnes (tous âges confondus) et du nombre d'enfants de moins de 15 ans ayant besoin d'un traitement antirétroviral et recevant ce traitement, et du nombre de femmes enceintes ayant besoin des schémas d'antirétroviraux les plus efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant et les recevant, et pourcentages de couverture dans les pays à revenu faible ou moyen, par régions de l'OMS et de l'UNICEF, en 2010	212
Annexe 10 Classification des pays à revenu faible ou moyen par niveaux de revenu, niveaux d'épidémie et régions géographiques, de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS	213
Annexe 11 Liste des indicateurs pour suivre et analyser la riposte au VIH/sida dans le secteur de santé	218
Notes explicatives	220

Avant-propos

Le présent rapport rend compte des progrès extraordinaires de la réponse du secteur de la santé face au VIH au cours des dix dernières années. L'accès à la prévention du VIH, fondée sur des données factuelles, au conseil et au dépistage, ainsi qu'aux services de traitement et de soins dans les pays à revenu faible ou intermédiaire s'est développé de manière spectaculaire. Ce progrès démontre comment les pays peuvent surmonter des défis en apparence insolubles dans les domaines de la santé et du développement en s'engageant, en investissant et en menant une action collective.

L'incidence mondiale de l'infection à VIH s'est stabilisée et a commencé à diminuer dans de nombreux pays ayant des épidémies généralisées. Le nombre des personnes sous traitement antirétroviral continue d'augmenter et atteignait 6,65 millions fin 2010. Près de 50 % des femmes enceintes vivant avec le VIH bénéficient de schémas efficaces de prévention de la transmission mère-enfant par les antirétroviraux, ce qui a incité la communauté internationale à lancer le *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez l'enfant d'ici 2015 et garder leurs mères en vie*. Ce qui aurait été considéré comme complètement irréaliste il y a quelques années seulement est entré dans l'ordre bien réel du possible.

Des données récemment publiées provenant d'essais cliniques ont confirmé l'impact puissant des médicaments antirétroviraux sur l'épidémie dans le cadre d'une combinaison efficace d'options de prévention. Pour la première fois, la perspective d'un microbicide contenant un médicament antirétroviral donne un espoir supplémentaire aux femmes en Afrique subsaharienne qui continuent de supporter une part disproportionnée de l'épidémie de VIH dans cette région.

Malgré ces progrès, trop nombreux sont encore ceux qui contractent l'infection à VIH, qui sont malades et qui en meurent. Les tendances sont particulièrement préoccupantes à cet égard en Europe orientale et en Asie centrale où le nombre des personnes contractant l'infection et mourant de causes liées au sida continue de croître. De nouvelles données de la surveillance confirment que l'épidémie pèse de manière disproportionnée sur les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les transsexuels, les personnes qui s'injectent des drogues, les prisonniers et les migrants en situation d'épidémie concentrée comme généralisée. Trop souvent, les plans nationaux de lutte contre le sida oublient ces gens qui sont confrontés à des barrières structurelles presque insurmontables, de nature juridique ou autre, pour accéder aux services pour le VIH. À l'échelle mondiale, plus de 50 % des personnes remplissant les conditions pour le traitement n'ont pas accès à la thérapie antirétrovirale, dont de nombreuses personnes qui vivent avec le VIH mais ignorent leur statut sérologique. Les enfants ont beaucoup moins accès aux médicaments antirétroviraux que les adultes et le nombre de personnes perdues de vue à chaque étape de la filière de soins souligne la nécessité de renforcer les liens au sein des services pour le VIH comme avec d'autres domaines des systèmes sanitaires et communautaires.

Néanmoins, plusieurs éléments essentiels ont souligné l'an dernier la capacité de la riposte mondiale à innover et à tirer les enseignements de la science et des programmes. La Déclaration politique sur le VIH/sida, adoptée en juin 2011 à l'Assemblée générale des Nations Unies, a fixé des cibles ambitieuses pour parvenir à l'accès universel et aux objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé d'ici 2015. La stratégie mondiale OMS du secteur de la santé contre le VIH/sida 2011-2015, la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 : Objectif Zéro et la stratégie et les programmes de l'UNICEF pour promouvoir l'équité aideront à orienter les efforts nationaux et mondiaux pour lutter contre l'épidémie et passer de l'action d'urgence à un modèle durable, sur le long terme, de prestation des services pour le VIH. Ces stratégies insistent sur la nécessité de mieux adapter les ripostes nationales contre le VIH aux épidémies locales, de décentraliser les programmes pour les rapprocher de ceux qui en ont besoin et de les intégrer aux autres services de santé et des communautés pour obtenir l'impact maximal. Ce sont des développements importants qui visent à consolider ce qui a été acquis jusqu'à présent et à améliorer la qualité, la couverture et l'efficacité des services pour le VIH.

La décennie écoulée a été témoin d'une action mondiale, historiquement sans précédent, pour affronter la menace unique que l'épidémie de VIH fait peser sur le développement humain. Les réseaux de personnes vivant avec et affectées par le VIH et les organisations de la société civile travaillent sans relâche avec les partenaires, et mobilisent un engagement politique au plus haut niveau. Cela a permis l'accroissement des financements, les innovations techniques et la collaboration internationale qui ont sauvé des millions de vies et modifié le cours de l'épidémie. Avec le renforcement des capacités à tous les niveaux, les programmes deviennent plus efficaces et plus efficaces. Néanmoins, les pressions financières sur les budgets des aides nationales et étrangères font peser une menace sur les progrès impressionnants réalisés à ce jour. Les données récentes sur la baisse des financements pour le VIH indiquent une tendance profondément préoccupante qui doit être inversée si la communauté internationale veut honorer ses engagements contre le VIH.

Le VIH s'est avéré un défi redoutable mais les vents tournent. Nous avons dans nos mains les outils nécessaires pour libérer une génération du sida. Progressons ensemble vers ces buts ambitieux fixés pour 2015 afin de réaliser notre vision collective de zéro infection, zéro discrimination et zéro décès.



Margaret Chan
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé



Michel Sidibé
Directeur exécutif
ONUSIDA



Anthony Lake
Directeur exécutif
UNICEF

Introduction

Ce rapport fait le point sur les avancées réalisées jusqu'à la fin de l'année 2010 en vue d'élargir l'accès aux interventions du secteur de la santé destinées à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien dans le domaine du VIH dans les pays à revenu faible ou moyen. Il est le cinquième d'une série de rapports de situation publiés chaque année depuis 2006 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), en collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux. Ces rapports font le suivi des éléments clés de la riposte du secteur de la santé à l'épidémie d'infection à VIH. Ce rapport reflète l'engagement des États Membres des Nations Unies, de la société civile et des organismes des Nations Unies de rendre des comptes sur les avancées mondiales de la riposte au VIH en assurant une surveillance continue et la publication régulière

de rapports. L'année 2010 était l'échéance fixée en 2005 pour atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien dans le domaine du VIH. Ce rapport constitue un repère important, une occasion de faire le point, d'identifier ce qui a été réalisé et ce qui reste à faire, et de porter un regard constructif sur l'avenir de la riposte à un moment particulièrement crucial de son action vis-à-vis de l'épidémie d'infection à VIH.

Les résultats des engagements passés au cours des dix dernières années, ainsi que des investissements et des collaborations mis en place sur cette même période, se sont traduits par des améliorations substantielles pour l'accès à des interventions reposant sur des bases factuelles dans les domaines de la prévention, du diagnostic, du traitement, des soins et du soutien dans le secteur de la santé (tableau 1.1).

Tableau 1.1 Indicateurs clés concernant l'épidémie d'infection à VIH, de 2002 à 2010

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre de personnes vivant avec le VIH (en millions)	29.5 [27.7-31.7]	30.2 [28.4-32.1]	30.7 [28.8-32.5]	31.0 [29.2-32.7]	31.4 [29.6-33.0]	31.8 [29.9-33.3]	32.3 [30.4-33.8]	32.9 [31.0-34.4]	34.0 [31.6-35.2]
Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH (en millions)	3.1 [3.0-3.3]	3.0 [2.8-3.1]	2.9 [2.7-3.0]	2.8 [2.6-3.0]	2.8 [2.6-2.9]	2.7 [2.5-2.9]	2.7 [2.5-2.9]	2.7 [2.5-2.9]	2.7 [2.4-2.9]
Nombre de personnes décédées de causes liées au sida (en millions)	2.0 [1.8-2.3]	2.1 [1.9-2.4]	2.2 [2.0-2.5]	2.2 [2.1-2.5]	2.2 [2.1-2.4]	2.1 [2.0-2.3]	2.0 [1.9-2.2]	1.9 [1.7-2.1]	1.8 [1.6-1.9]
% de femmes enceintes ayant fait un dépistage du VIH ^a				8 %	13 %	15 %	21 %	26 %	35 %
Nombre de structures fournissant un traitement antirétroviral ^b						7 700	12 400	22 300	22 400
Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral ^b	300 000	400 000	700 000	1 330 000	2 034 000	2 970 000	4 053 000	5 255 000	6 650 000
Nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral ^b				71 500	125 700	196 700	275 400	354 600	456 000
Couverture des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (%) ^a			9 % ^b	14 % ^b	23 % ^b	33 % ^b	43 % ^b	48 % ^b	48 % ^c

a Dans les pays à revenu faible ou moyen.

b La couverture inclut le schéma prophylactique de névirapine en dose unique, qui n'est plus recommandé par l'OMS.

c La couverture n'inclut pas le schéma prophylactique de névirapine en dose unique qui n'est plus recommandé par l'OMS. Lorsque ce schéma est inclus, la couverture en 2010 est de 59%.

- Un total de 2,7 millions de personnes ont été contaminées par le VIH en 2010, alors qu'elles étaient 3,1 millions en 2001, contribuant au nombre de total de 34 millions de personnes vivant avec le VIH en 2010 (chapitre 2).
- L'accès au conseil et au dépistage du VIH progresse : la couverture du conseil et du dépistage du VIH chez les femmes enceintes a augmenté pour passer de 8 % en 2005 à 35 % en 2010. Cependant, la majorité des personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou moyen ne connaissent toujours pas leur statut sérologique (chapitre 4).
- Le nombre d'établissements de santé fournissant un traitement antirétroviral, un indicateur clé de l'extension de la capacité des systèmes de santé à fournir un traitement, a été multiplié par trois, passant de moins de 7 700 en 2005 à 22 400 à la fin de l'année 2010.
- L'accès au traitement antirétroviral s'améliore dans les pays à revenu faible ou moyen : 6 650 000 personnes recevaient un traitement antirétroviral en 2010, soit 47 % de la couverture des besoins, contre 400 000 en 2003 ; cela a entraîné une baisse importante du nombre de personnes décédées de causes liées au sida au cours des dix dernières années (figure 1.1). Des données scientifiques de plus en plus nombreuses suggèrent qu'un accès accru au traitement antirétroviral contribue également sensiblement à la diminution du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH.
- Le nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral a augmenté pour passer de 71 500 à la fin de l'année 2005 à 456 000 en 2010. Néanmoins, la couverture chez l'enfant est de 23 %, ce qui représente un retard important par rapport à la couverture chez l'adulte.
- La couverture par les schémas prophylactiques les plus efficaces (hors névirapine en dose unique) pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH est estimée à 48% en 2010 (chapitre 7).

Bâtir les fondations : engagement politique, investissement et innovation technique

Au début du 21^{ème} siècle, la communauté internationale a été confrontée à de redoutables défis dans le domaine de la santé et du développement. Mais aucun pays n'a été frappé aussi durement que ceux de l'Afrique subsaharienne, la région la plus pauvre du monde. L'épidémie d'infection à VIH, dont l'expansion a été rapide, a entraîné une terrible régression vis-à-vis des progrès accomplis au cours de plusieurs décennies sur certains indicateurs clés du développement, tels que la mortalité infantile et l'espérance de vie (1). Le pic d'incidence mondiale d'infection à VIH a été atteint au milieu des années 1990, plus de 3 millions de personnes étant alors nouvellement infectées chaque année, et le sida devenant l'une des principales causes de mortalité chez l'adulte en Afrique subsaharienne; ce n'est cependant qu'en 2006 que les répercussions de l'épidémie ont été les plus dévastatrices avec chaque année plus de 2,2 millions de personnes décédées de causes liées au sida (figure 2) (2,3). L'arrivée des associations d'antirétroviraux en 1996 a entraîné une révolution dans le traitement de l'infection à VIH

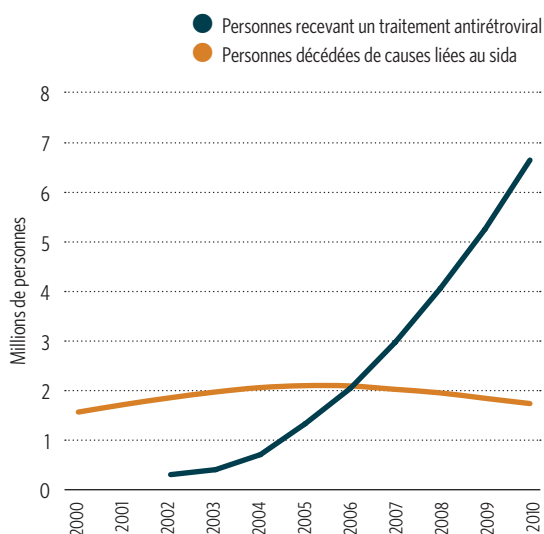
et changé à jamais le cours de la maladie chez les personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu élevé ; cette révolution ne bénéficiait cependant qu'à une fraction de la population des pays à revenu faible ou moyen qui représentaient à eux seuls 90 % de la charge mondiale du VIH (1).

Lors de la 13^{ème} Conférence internationale sur le sida qui s'est tenue en juillet 2000 à Durban en Afrique du Sud, militants, responsables des communautés, scientifiques et membres du personnel soignant ont uni leurs forces pour exiger l'accès au traitement et la fin des profondes inégalités en termes de santé entre le Nord et le Sud. Quelques mois plus tard, les dirigeants mondiaux ont établi les objectifs du Millénaire pour le développement, un ensemble d'objectifs ambitieux, assortis de délais précis et visant à obtenir des avancées sur plusieurs objectifs concernant la santé et le développement au cours des 15 années suivantes, notamment l'objectif 6 du Millénaire pour le développement : combattre le VIH, le paludisme et d'autres maladies (4). En 2001, la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/sida a adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, avec des objectifs chiffrés communs dans des domaines techniques précis, tels que l'extension de l'accès au traitement antirétroviral, à la prophylaxie antirétrovirale pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et à la prévention de l'infection à VIH. Dans cette Déclaration, les États membres se sont également engagés à créer un fonds dédié à la santé mondiale afin de financer la riposte au VIH, entraînant un an plus tard le lancement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le Fonds mondial est rapidement devenu un élément essentiel dans la riposte mondiale au VIH, en finançant des programmes dont la direction est confiée aux pays grâce à un système innovateur octroyant des financements sur la base des performances obtenues. En 2003, le gouvernement des États-Unis d'Amérique a annoncé la création de l'*Emergency Plan for AIDS Relief* du Président des États-Unis d'Amérique. Avec 15 milliards de US\$ sur cinq ans, il a été le plus grand engagement de financement unique consacré à la lutte contre une seule maladie de l'histoire. En 2008, l'*Emergency Plan for AIDS Relief* du Président des États-Unis d'Amérique a été renouvelé pour un montant maximum de 48 milliards de US\$ pour lutter contre le sida, la tuberculose et le paludisme sur la période allant de 2009 à 2013.

D'autres innovations en matière de financement mondial de la santé ont suivi. En 2006, le Brésil, le Chili, la France, la Norvège et le Royaume-Uni ont convenu de créer UNITAID, un système international permettant l'achat de médicaments financé par un prélèvement modique sur les billets d'avion. Aujourd'hui, UNITAID finance et soutient des interventions stratégiques dans la commercialisation de médicaments et de méthodes diagnostics dans 94 pays (5).

Les engagements politiques et financiers à la riposte au VIH se sont renforcés et développés en parallèle à l'élaboration d'orientations normatives et d'innovations techniques stratégiques, notamment une approche novatrice dans l'élargissement de l'accès au traitement dans les pays à revenu faible ou moyen : l'approche

Figure 1.1 Nombre de personnes ayant accès au traitement antirétroviral et nombre de personnes décédées de causes liées au sida, dans les pays à revenu faible ou moyen, de 2000 à 2010



de santé publique pour le traitement antirétroviral (6). Les éléments clés de cette approche de santé publique comprennent l'utilisation de protocoles de traitement et de schémas thérapeutiques standardisés, une surveillance clinique simplifiée, l'obtention d'une couverture la plus large possible avec des ressources limitées, l'optimisation des ressources humaines pour la santé et l'implication de personnes vivant avec le VIH ou affectées par cette infection dans la conception et le déploiement de programmes de traitement antirétroviral (7).

Élargir la riposte mondiale au VIH

Quand l'OMS et l'ONUSIDA ont lancé l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » lors de la journée mondiale du sida en 2003, seules 400 000 personnes avaient accès au traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen (8). Cette initiative, qui a fixé pour objectif chiffré d'obtenir un accès au traitement antirétroviral pour 3 millions de personnes d'ici la fin de l'année 2005, a fondamentalement changé la façon de penser la faisabilité du financement des antirétroviraux et d'autres médicaments et de leur fourniture aux personnes en situation de ressources limitées. L'extension rapide du traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen, notamment au cours des cinq dernières années, a considérablement réduit le nombre de personnes décédées de causes liées au sida (figure 1.1).

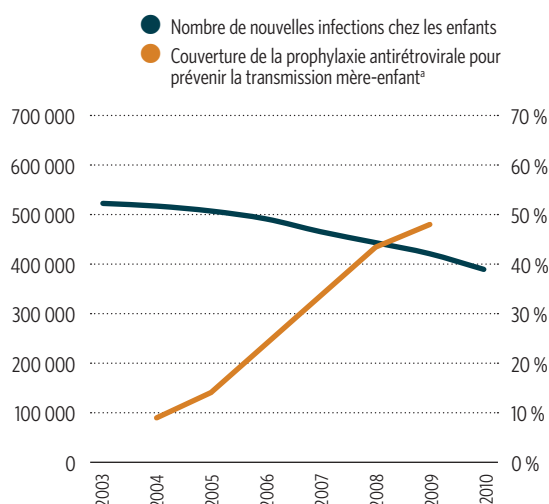
Vers le milieu de la dernière décennie, un autre moment crucial a été l'approbation par les dirigeants du G8 – et ultérieurement par tous les États Membres des Nations Unies – de l'objectifif d'atteindre l'accès universel pour tous ceux qui en ont besoin à un ensemble d'interventions de prévention, de traitement, de soins et de soutien dans le domaine du VIH (9). À la fin de l'année 2005, le nombre de personnes recevant un

traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen est rapidement passé à plus de 1,4 million. Des progrès en vue de l'objectif 6 du Millénaire et des objectifs chiffrés de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) de 2001 consacrée au VIH/sida ont été accomplis à un rythme plus soutenu au cours de la seconde moitié de la décennie ; des lignes directrices ont été publiées : prévention de la transmission mère-enfant, soins pédiatriques, traitement antirétroviral, conseil et dépistage à l'initiative du prestataire, circoncision médicalisée. Les recommandations de l'OMS de 2010 sur le traitement antirétroviral (10) ont pris en considération les données cliniques montrant qu'un début précoce du traitement antirétroviral (recommandé quand le nombre de CD4 est inférieure à 350 par mm³) réduit de façon importante la morbidité et la mortalité, et présente également d'importants avantages en termes de prévention.

L'objectif de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a été réalisé en 2007, et le nombre de personnes recevant un traitement dans les pays à revenu faible ou moyen à la fin de l'année 2010 a atteint 6,65 millions, soit une multiplication par plus de 16 en sept ans (chapitre 5). Les tendances sont similaires pour l'accès aux antirétroviraux dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant ce qui a permis d'éviter une infection à VIH chez 350 000 nourrissons depuis 1995 (chapitre 7) (figure 1.2).

Le recours au conseil et au dépistage du VIH, essentiel pour orienter vers des services appropriés de prévention et de traitement, a également augmenté, le nombre de tests réalisés passant de 64 millions en 2009 à 72 millions en 2010 (dans 87 pays ayant transmis des

Figure 1.2 Couverture de la prophylaxie antirétrovirale pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et nombre de nouvelles infections chez les enfants dans les pays à revenu faible ou moyen, de 2003 à 2010



a La couverture avant 2010 inclut le schéma prophylactique de névirapine en dose unique qui n'est plus recommandé par l'OMS. La couverture en 2010 n'inclut pas le schéma prophylactique de névirapine en dose unique.

données). En Afrique orientale et australe, sous-région comptant le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, la couverture du conseil et du dépistage chez la femme enceinte est passée de 14 % à 61 % entre 2005 et 2010, et le nombre d'établissements fournissant un traitement antirétroviral – une mesure clé de la capacité des systèmes de santé des pays à revenu faible ou moyen à élargir l'accès pour satisfaire la demande de traitement – est passé de moins de 7700 en 2005 à 22 300 en 2010, soit une multiplication par trois (tableau 1.1, chapitre 3 et chapitre 5).

Les investissements effectués jusqu'à ce jour n'ont pas été suffisants pour surmonter les difficultés rencontrées par le système de santé, ce qui demeure un sujet de préoccupation. Une étude de 2009 (11) a cependant montré que les investissements réalisés pour lutter contre le VIH ont permis de renforcer la capacité des systèmes de santé, en partie par l'introduction d'innovations importantes dans les modes de financement et de fourniture des services de santé. Par exemple, l'architecture de subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a évolué pour permettre de combler les déficits structurels dans la capacité du système de santé. Ces dernières années ont également vu une évolution dans la manière de concevoir une meilleure intégration des services liés au VIH au sein d'autres domaines du secteur de la santé, y compris la santé maternelle, néonatale et infantile, la santé sexuelle et génésique, le traitement de la pharmacodépendance et la réduction des risques (y compris le traitement de substitution aux opiacés), la lutte contre la tuberculose et les soins de santé primaires. De plus, la productivité des ressources humaines qui sont limitées dans le domaine de la santé a pu être améliorée dans les pays par certaines approches comme la délégation et le partage des tâches.

D'importants défis restent néanmoins à relever. Bien que le nombre annuel de personnes nouvellement infectées par le VIH ait chuté depuis le pic observé à la fin des années 1990, le rythme élevé auquel surviennent ces nouvelles infections est inacceptable : entre 2,5 et 3 millions de personnes par an au cours des cinq dernières années, qui s'ajoutent à l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans le monde dont le nombre a atteint 34 millions [31 600 000–35 200 000] à la fin de l'année 2010 (chapitre 2). Les diminutions du nombre de personnes contractant une infection à VIH, en particulier chez les personnes âgées de 15 à 24 ans dans les pays d'Afrique subsaharienne connaissant une forte charge de VIH, ont été contrebalancées par des augmentations des nouvelles infections en Europe orientale et en Asie centrale, où le principal mode de transmission se retrouve chez les consommateurs de drogues injectables et dans leurs réseaux sexuels et où le nombre de personnes décédées de causes liées au sida a connu une augmentation de 1100 % au cours de la dernière décennie, passant d'environ 7800 en 2001 à 89 500 en 2010 (chapitre 2) (12).

Bien que l'utilisation des services de conseil et de dépistage du VIH se soit améliorée, de nombreuses personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou moyen ne connaissent toujours pas leur statut

par rapport à cette infection. Cela diminue l'efficacité des actions visant à réduire la transmission et à orienter les personnes identifiées comme étant séropositives après un test de dépistage vers les services appropriés de soins et de traitement; selon les estimations, 7,5 millions de personnes remplissent les critères pour commencer un traitement antirétroviral mais n'y ont pas accès car elles ne connaissent pas leur statut sérologique. Le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire ont permis d'augmenter de façon spectaculaire le nombre de personnes vivant avec le VIH chez qui le diagnostic est posé lorsque l'infection est à un stade symptomatique ; mais le dépistage réalisé dans les établissements de santé a peu de chances d'identifier les personnes infectées à un stade plus précoce lorsque l'infection est asymptomatique (au-dessus de 200 cellules CD4 par mm³). Il est donc urgent de disposer d'approches originales permettant un dépistage à base communautaire (chapitre 4).

Pour les enfants, la situation est encore plus grave car moins d'un quart de ceux qui remplissent les critères pour commencer un traitement antirétroviral ont accès à ce traitement. L'attrition (discontinuation du traitement antirétroviral) de 20 % ou plus des effectifs 12 mois après le début du traitement antirétroviral dans de nombreux programmes met en évidence la nécessité d'intensifier les efforts et les stratégies pour commencer le traitement plus tôt, retenir les patients dans les services de prise en charge (chapitre 5) et améliorer la qualité des interventions.

Les femmes, surtout jeunes, restent touchées de manière disproportionnée en Afrique subsaharienne, ce qui souligne la nécessité, en tant qu'élément central de la riposte mondiale au VIH, de s'attaquer aux inégalités entre les sexes ainsi qu'aux normes fondées sur le sexe et pouvant être préjudiciables (13). Les principales populations à risque élevé d'être infectées par le VIH ou de transmettre cette infection, notamment les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transgenres, les travailleurs du sexe, les prisonniers et les migrants, continuent à être insuffisamment couvertes par les services actuels liés VIH ; c'est souvent dans ces populations que l'on retrouve la plus forte prévalence d'infection à VIH, que ce soit dans les épidémies généralisées ou les épidémies concentrées (chapitre 2) (12). Malgré les engagements pris dans les déclarations de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) consacrée au VIH/sida faites en 2001 et 2006 en faveur du respect des droits de l'homme des populations clés à haut risque d'infection à VIH, ces groupes continuent, dans de nombreuses situations, à être victimes de violence et de stigmatisation sociale et à disposer d'un accès insuffisant aux services liés au VIH ; cette situation est aggravée par l'existence de lois qui criminalisent l'homosexualité, la consommation de drogue et le commerce du sexe.

Les financements nationaux et internationaux spécifiques à la lutte contre le VIH ont diminué de US\$ 15.9 milliards en 2009 à US\$ 15 milliards en 2010 ce qui est bien en dessous des 22 à 24 milliards de US\$

nécessaires en 2015 pour une riposte mondiale au VIH qui soit globale et efficace (14,15).

Au cours de la dernière décennie, l'approche suivie pour faire face aux défis mondiaux dans le domaine de la santé publique a changé de façon radicale. Des résultats ont pu être observés tant en termes humains qu'en termes économiques. Une étude de 2011 (16) a indiqué que les investissements faits à ce jour dans les programmes de traitement antirétroviral ont augmenté de manière significative l'activité économique et la productivité de la population active dans les pays à revenu faible ou moyen, et le total de gains atteindra jusqu'à 34 milliards de US\$ et 18,5 millions d'années de vie en 2020, ce qui fera plus que compenser les coûts des programmes de traitement antirétroviral. À la fin de l'année 2010, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a financé à lui seul des programmes dans 150 pays, sauvant ainsi 6,7 millions de vies, selon les estimations. Au moment où les données sont de plus en plus nombreuses à montrer les résultats spectaculaires obtenus grâce aux engagements politiques et financiers de la première décennie du 21^{ème} siècle, les questions concernant la pérennité de la riposte, les coûts toujours plus élevés et les millions encore nécessaires font l'objet d'une inquiétude croissante. Les données de ce rapport confirment que, bien que des progrès importants et substantiels aient été accomplis, seuls 10 pays à revenu faible ou moyen, dont 3 avec des épidémies généralisées, ont atteint l'objectif d'accès universel au traitement antirétroviral (soit 80 % de couverture) en 2010.

Feuille de route pour 2015

Ces acquis durement obtenus sont menacés par les contraintes budgétaires consécutives à la récession de 2008 et par l'instabilité actuelle de l'économie mondiale. Une telle situation souligne le besoin de réduire le coût des produits médicaux associés et d'améliorer la façon dont les programmes de lutte contre le VIH sont financés et mis en œuvre.

Un nouveau cadre d'investissement vise à garantir une approche plus stratégique en matière de financement qui inclut à la fois la nécessité de financements supplémentaires et une approche fondamentalement différente de la conception des programmes et de la prestation de services, en se concentrant sur un ensemble d'activités programmatiques de base, sur les moyens indispensables pour parvenir à les réaliser et sur la synergie d'actions pour le développement. Dans ce cadre d'investissement, la riposte mondiale au VIH repose plus encore sur des interventions reposant sur des bases factuelles (lesquelles doivent être réalisées de manière universelle pour obtenir le plus grand impact possible) et sur l'épidémiologie locale (encadré 1.1) (15). L'initiative Traitement 2.0, lancée en 2010 par l'OMS et l'ONUSIDA, poursuit l'optimisation et l'innovation en matière de traitement dans des domaines essentiels : schémas thérapeutiques, diagnostics sur les lieux de soins, prestations intégrées et décentralisées des services liés au VIH (17,18) et mobilisation des communautés (17). Les recommandations de l'OMS de 2010 sur le traitement antirétroviral ont pris en compte les données cliniques indiquant qu'un début précoce

du traitement antirétroviral (recommandé quand le nombre de CD4 est inférieure à 350 par mm³) réduit de façon importante la morbidité et la mortalité, et présente également d'importants avantages en termes de prévention de l'infection à VIH et de la tuberculose (10). Plusieurs percées scientifiques ont récemment confirmé les effets importants d'interventions de prévention reposant sur l'utilisation d'antirétroviraux, ceci dans le cadre d'une association de plusieurs méthodes de prévention, notamment la prophylaxie pré-exposition, les microbicides en application locale et le traitement de prévention (19-21).

L'ONUSIDA et l'OMS ont publié des stratégies quinquennales (2011-2015) qui s'appuient sur les avancées obtenues à ce jour et fixent pour 2015 de nouveaux objectifs chiffrés ambitieux : zéro nouvelle infection, zéro discrimination et zéro décès lié au sida (22,23). La Stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida, 2011-2015 (23), entérinée par les États Membres de l'OMS en mai 2011, guide les ripostes nationales au VIH dans le secteur de la santé et décrit le rôle de l'OMS et des autres partenaires pour la réalisation des objectifs chiffrés fixés pour 2015. Cette stratégie est axée sur quatre orientations stratégiques : optimiser la prévention, le diagnostic et le traitement de l'infection à VIH et les résultats des soins ; faire en sorte que les ripostes au VIH permettent d'obtenir des résultats sanitaires plus larges ; mettre en place des systèmes sanitaires et communautaires solides et durables ; réduire la vulnérabilité et supprimer les obstacles structurels à l'accès aux services. L'accès au traitement antirétroviral et à la prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission verticale dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH a été élargi avec succès ; cela a conduit à l'engagement pris récemment par les États Membres des Nations Unies, la société civile et les organismes des Nations Unies, coordonnés par l'UNICEF et l'OMS, pour établir un plan global visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez l'enfant et à améliorer la santé maternelle par l'intensification des efforts menés par les pays et la mobilisation de ressources (24).

La Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 s'appuie sur les avancées considérables obtenues au cours de la dernière décennie et fixe des objectifs chiffrés audacieux et ambitieux pour 2015 (26). La Déclaration reconnaît les défis auxquels sont confrontés les pays pour atteindre l'accès universel à l'échéance originellement fixée en 2010, et est un engagement à redoubler d'efforts pour parvenir à l'accès universel et à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Pour la première fois depuis que l'épidémie a fait son apparition il y a plus de 30 ans, la communauté internationale peut enfin commencer à voir se concrétiser les premiers éléments de réussite. Grâce à des avancées scientifiques, à l'engagement des dirigeants et à des investissements stratégiques, la riposte au VIH se poursuivra à long terme et permettra un renforcement des synergies avec d'autres objectifs de santé et de développement. Les avancées obtenues de haute lutte au cours de la dernière décennie ont prouvé ce qu'il est possible d'accomplir par une action collective en vue d'objectifs communs.

Encadré 1.1

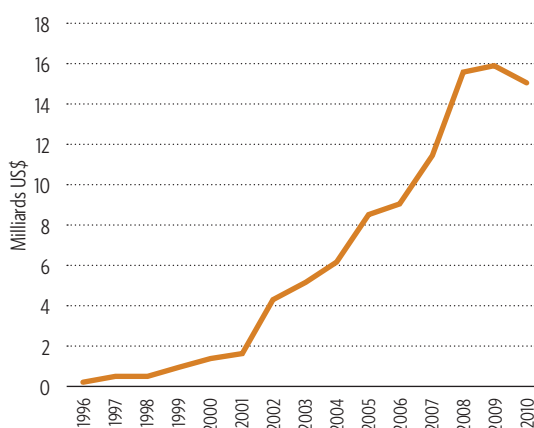
Une approche renforcée en matière de financement pour une riposte mondiale au VIH efficace

En 2010, environ 15 milliards de US\$ étaient disponibles pour étendre les services de lutte contre le VIH dans le monde, ce montant provenant pratiquement autant de sources nationales que de sources internationales (Fig. 1.3). Mais l'assistance internationale a diminué, passant de 8,7 milliards de US\$ en 2009 à 7,6 milliards de US\$ en 2010. Plus de 70 % des fonds internationaux affectés par des gouvernements donateurs aux programmes de lutte contre le VIH ont été versés de façon bilatérale, le reste ayant été affecté principalement par le biais d'UNITAID et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Après des années où il n'a cessé de progresser de façon considérable, le financement international des programmes de lutte contre le VIH a bel et bien diminué en 2010.

Le cadre d'investissement favorise la fixation de priorités pour des actions basées sur une connaissance précise de l'épidémiologie et du contexte du pays ; il exige des activités reposant sur des bases factuelles qui réduisent directement la transmission du VIH, ainsi que la morbidité et la mortalité liées à cette infection, activités qui doivent être étendues en fonction des populations touchées par l'épidémie.

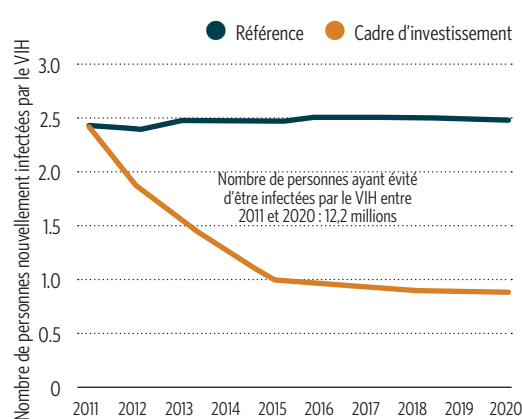
Pour rendre possible cette approche optimisée, les ressources annuelles devront culminer à 22 ou 23 milliards de US\$ en 2015, au moment où sera atteint l'accès universel. Elles pourront ensuite diminuer parallèlement à la réduction de la transmission du VIH, de la morbidité et de la mortalité liées à cette infection. Par rapport aux niveaux actuels de financement, le rendement de ce cadre complet d'investissement permettrait d'ici à 2020 à 12,2 millions de personnes de moins d'être nouvellement infectées par le VIH et à 7,4 millions de personnes de moins de décéder de causes liées au sida (figure 1.4).

Figure 1.3 Ressources financières disponibles au plan mondial pour les programmes VIH dans les pays à revenu faible ou moyen, milliards de US\$, 2002-2010



Source : Journée mondiale sida 2011 - Rapport ONUSIDA (25).

Figure 1.4 Nombre annuel de personnes nouvellement infectées par l'infection à VIH scénario ; de référence et cadre d'investissement optimisé, de 2011 à 2020



Alors que les crises économiques et les contraintes budgétaires dominent notre époque, la riposte au VIH continue à fournir des exemples de la manière dont des investissements ciblés et judicieux peuvent avoir des effets extrêmement positifs sur le plan humain, économique et social. Alors qu'ils entrent dans une quatrième décennie en présence de l'infection à VIH, pays et communautés sont à un tournant. Les défis sont de taille, mais la voie qui mène à la réussite est clairement tracée.

Ce rapport est structuré de la manière suivante.

Le chapitre 1 expose le but du présent rapport, et étudie et analyse les avancées vers l'accès universel obtenues dans le monde au cours de la dernière décennie.

Le chapitre 2 fournit des informations épidémiologiques actualisées sur l'épidémie d'infection à VIH, notamment sur les tendances dans le monde et par région de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité liée au sida.

Le chapitre 3 fait le point des avancées obtenues en matière d'extension des interventions du secteur de la santé pour la prévention de l'infection à VIH dans la population générale.

Le chapitre 4 présente les progrès accomplis dans le monde pour élargir la disponibilité et l'utilisation du conseil et du dépistage du VIH.

Le chapitre 5 présente les progrès accomplis dans le monde pour élargir l'accès des personnes vivant avec le VIH au traitement et aux soins, et décrit les actions récemment entreprises pour optimiser le traitement par le biais de l'initiative Traitement 2.0.

Le chapitre 6 présente les progrès accomplis dans le monde pour étendre les services de lutte contre le VIH pour les principales populations qui connaissent un risque élevé d'être infectées par le VIH ou de transmettre ce virus.

Le chapitre 7 examine les progrès accomplis dans l'extension des services de lutte contre le VIH pour les femmes et les enfants, y compris en vue de l'élimination de la transmission mère-enfant et de l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

Chapter 8 identifie les principaux défis ainsi que la voie à suivre pour atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien dans le domaine du VIH.

On trouvera à la fin de ce rapport des annexes statistiques et des notes explicatives fournissant des informations supplémentaires sur les sources de données et les méthodes utilisées.

Références

1. Haacker M, éd. *The macroeconomics of HIV/AIDS*. Washington, Fonds monétaire international, 2004.
2. *Rapport sur la santé dans le monde : 2004 : changer le cours de l'histoire*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/fr/index.html>, consulté en ligne le 15 novembre 2011).
3. ONUSIDA et OMS. *Le point sur l'épidémie de sida 2009*. ONUSIDA, Genève, 2009 (<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/epidemiology/2009aidsepidemicupdate/>, consulté en ligne le 15 novembre 2011).
4. *Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies*. Nations Unies, New York, 2000 (<http://www.un.org/fr/millenniumgoals/aids.shtml>, consulté en ligne le 15 novembre 2011).
5. *Genèse d'UNITAID*. UNITAID, Genève, 2011 (<http://www.unitaid.eu/fr/a-propos-de/-background-mainmenu-18/159.html>, consulté en ligne le 15 novembre 2011).
6. Grubb I, Perriens J, Schwartländer B. *Traitements antirétroviraux : une approche de santé publique - Surmonter les obstacles*. Organisation mondiale de la Santé, 2004 (www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/publichealthfr.pdf, consulté en ligne le 15 novembre 2011).
7. Gilks CF et al. The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet*, 2006, 368:9534.
8. OMS, ONUSIDA et UNICEF. *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2009*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/en/index.html>, consulté en ligne le 15 novembre 2011).
9. Assemblée générale des Nations Unies. *Déclaration politique sur le VIH/sida - Résolution 60/262 de l'Assemblée générale des Nations Unies*. Nations Unies, New York, 2006 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2006/20060615_hlm_politicaldeclaration_ares60262_fr.pdf, consulté en ligne le 15 novembre 2011).
10. *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent : recommandations pour une approche de santé publique (mise à jour 2010)*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/fr/index.html>, consulté en ligne le 15 novembre 2011).
11. World Health Organization maximizing positive synergies collaborative group. *An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems*. *Lancet*, 2009;373: 2137-69.
12. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010*. ONUSIDA, Genève, 2010 (http://www.unaids.org/globalreport/default_fr.htm, consulté en ligne le 15 novembre 2011).
13. Shabazz-El W. Human rights as a conscious achievement [présentation orale sur diapositives]. *XVIII International AIDS Conference, Vienne, Autriche, 23-27 juillet 2010* (FRPLO307; <http://pag.aids2010.org/flash/?pid=112291>, consulté en ligne le 15 novembre 2011).
14. *Le sida 30 ans après : un tournant pour les nations*. ONUSIDA, Genève, 2011 (http://www.unaids.org/unaids_resources/aidsat30/20110531_JC2095_aids-at-30_fr.pdf, consulté en ligne le 15 novembre 2011).
15. Schwartländer B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011, 377:2031-2041.
16. Resch S et al. Economic returns to investment in AIDS treatment in low and middle income countries. *PLoS ONE*, 2011, 6:e25310.
17. OMS et ONUSIDA. *The Treatment 2.0 framework for action: catalysing the next phase of treatment, care and support*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2011 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/treatment/en/index.html>, consulté en ligne le 15 novembre 2011).
18. Hirschall G, Schwartländer B. Treatment 2.0: catalysing the next phase of scale-up. *Lancet*, 2011, 378:209-211.
19. Karim QA et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science*, 2010, 329:1168-1174.
20. Grant RM. Pre-exposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*, 2010, 363:2587-2599.

21. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365:493-505.
22. *Objectif : Zéro 2011-2015 Stratégie Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida*. ONUSIDA, Genève, 2010 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_fr.pdf, consulté en ligne le 15 novembre 2011).
23. *Global health sector strategy on HIV/AIDS: 2011-2015*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/hiv_strategy/en/index.html, consulté en ligne le 15 novembre 2011).
24. *Plan Mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*. ONUSIDA, Genève, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_Fr.pdf, consulté en ligne le 15 novembre 2011).
25. *Journée Mondiale sida 2011 - Rapport ONUSIDA*. ONUSIDA, Genève, 2011, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_fr.pdf consulté en ligne le 23 novembre 2011).
26. Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida – Résolution 65/277 de l'Assemblée générale des Nations Unies. *Nations Unies*, New York, 2011 (<http://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?Open&DS=A/RES/65/277&Lang=F>, consulté en ligne le 15 novembre 2011).

PRINCIPAUX RÉSULTATS

2

Le point sur l'épidémie d'infection à VIH

À la fin de 2010, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde est estimé à 34 millions (31 600 000–35 200 000), dont 3,4 millions (3 000 000–3 800 000) enfants de moins de 15 ans. On estime à 2,7 millions (2 400 000–2 900 000) le nombre de nouvelles infections par le VIH en 2010, dont 390 000 (340 000–450 000) chez les enfants de moins de 15 ans.

Le nombre annuel de personnes nouvellement infectées par le VIH continue à diminuer dans le monde, bien qu'il y ait des variations considérables entre les régions. En Afrique subsaharienne, où vit la majorité des personnes nouvellement infectées par le VIH, on estime que 1,9 million [1 700 000–2 100 000] de personnes ont été infectées en 2010. Selon les estimations, cela représente une diminution de 16 % par rapport au nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2001 qui s'élevait à 2,2 millions [2 100 000–2 400 000] et de 27 % par rapport au nombre annuel de personnes nouvellement infectées entre 1996 et 1998, période où l'incidence de l'infection à VIH a globalement atteint un maximum dans cette région.

Le nombre annuel de personnes décédées de causes liées au sida dans le monde est en constante diminution ; il a atteint un maximum en 2005 avec 2,2 millions [2 100 000–2 500 000] et est estimé à 1,8 million [1 600 000–1 900 000] pour 2010. Le nombre de personnes décédées de causes liées au sida a commencé à baisser dans les années 2005 et 2006 en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud et du Sud-Est, et dans les Caraïbes et a continué à diminuer par la suite.

En 2010, le nombre d'enfants de moins de 15 ans décédés de causes liées au sida est estimé à 250 000 (220 000–290 000), un nombre en diminution de 20 % par rapport à 2005.

Les régions et les pays ne suivent cependant pas tous ces tendances générales. Le nombre annuel de personnes nouvellement infectées par le VIH a augmenté au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, passant de 43 000 [31 000–57 000] en 2001 à 59 000 [40 000–73 000] en 2010. Après avoir considérablement diminué au début des années 2000, l'incidence de l'infection à VIH en Europe orientale et en Asie centrale connaît une recrudescence depuis 2008.

Les tendances des décès liés au sida diffèrent également. En Europe orientale et en Asie centrale, le nombre de personnes décédées de causes liées au sida a augmenté de plus de 10 fois entre 2001 et 2010 (passant de 7800 [6000–11 000] à 90 000 [74 000–110 000]). Au cours de la même période, le nombre de personnes décédées de causes liées au sida a augmenté de 60 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (passant de 22 000 [9700–38 000] à 35 000 [25 000–42 000]) et a plus que doublé en Asie de l'Est (passant de 24 000 [16 000–45 000] à 56 000 [40 000–76 000]).

L'introduction du traitement antirétroviral a permis d'éviter 2,5 millions de décès dans le monde dans les pays à revenu faible ou moyen depuis 1995. Les décès évités se retrouvent en grande majorité en Afrique subsaharienne, où leur nombre atteint environ 1,8 millions.

Une prophylaxie antirétrovirale fournie aux femmes enceintes vivant avec le VIH a permis la prévention de l'infection à VIH chez plus de 350 000 enfants depuis 1995. Quatre-vingt-six pour cent des enfants chez lesquels une infection a été évitée vivent en Afrique subsaharienne, région où l'on retrouve la plus forte prévalence d'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer.

2.1 Vue d'ensemble mondiale

Figure 2.1 Nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, 1990-2010

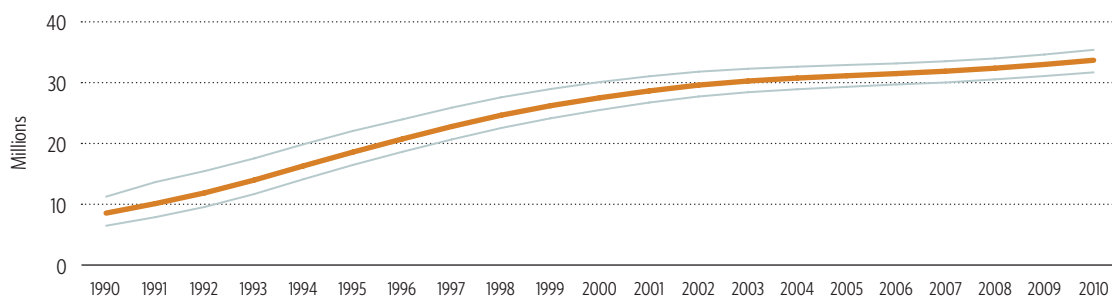


Figure 2.2 Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH dans le monde, 1990-2010

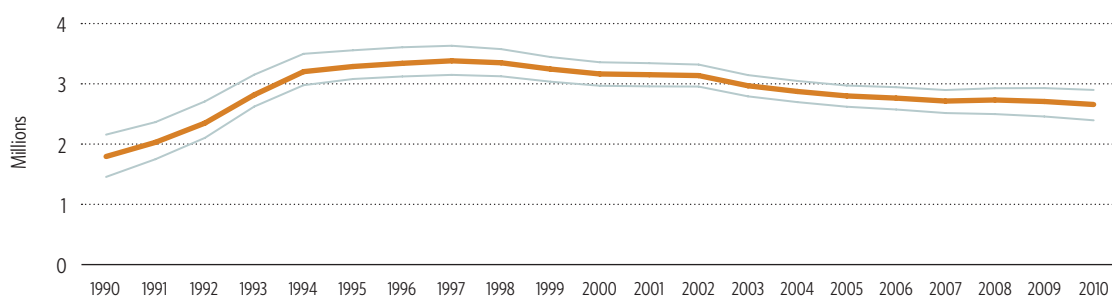


Figure 2.3 Nombre de personnes décédées de causes liées au sida dans le monde, 1990-2010

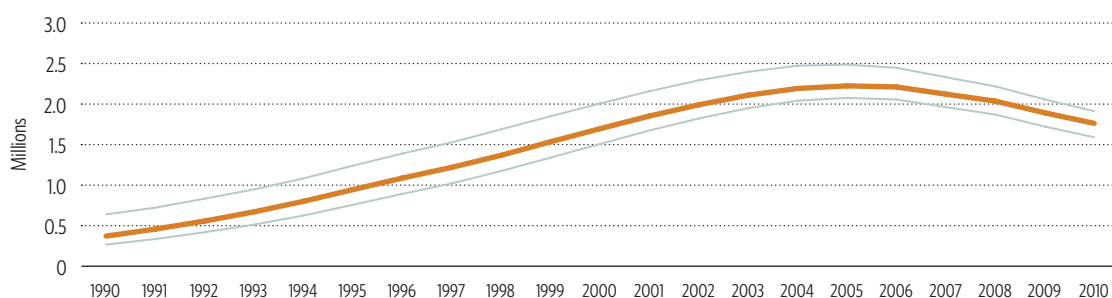
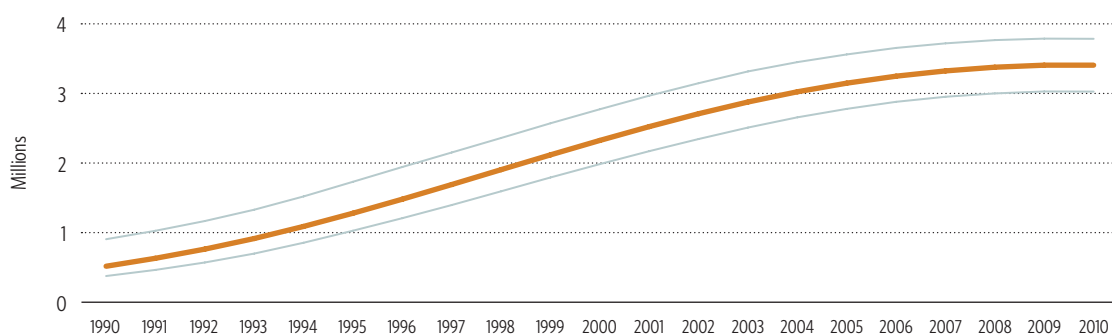


Figure 2.4 Nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH dans le monde, 1990-2010



2.1.1 L'incidence de l'infection à VIH continue à diminuer

Le nombre annuel de personnes nouvellement infectées par le VIH continue à diminuer dans le monde, mais des variations considérables existent entre les régions.

Le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH au cours de l'année 2010 est estimé à 2,7 millions [2 400 000–2 900 000] ; cela représente une diminution de 15 % par rapport aux 3,1 millions [3 000 000–3 300 000] de personnes nouvellement infectées en 2001 et de plus d'un cinquième (21 %) par rapport aux 3,4 millions [3 100 000–3 600 000] de personnes nouvellement infectées en 1997, année où le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH a atteint son maximum (figures 2.1 et 2.4).

Entre 2001 et 2009, l'incidence de l'infection à VIH a diminué dans 33 pays, dont 22 en Afrique subsaharienne. Dans cette région, où l'on compte toujours la majorité des personnes nouvellement infectées par le VIH, on estime que 1,9 million [1 700 000–2 100 000] de personnes ont été infectées en 2010. Selon les estimations, cela représente une diminution de 16 % par rapport au nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2001 qui s'élevait à 2,2 millions [2 100 000–2 400 000] et de 26 % par rapport au nombre annuel de personnes nouvellement infectées en 1997, moment où l'incidence de l'infection à VIH a globalement atteint un maximum dans cette région.

En Asie du Sud et du Sud-Est, 270 000 [230 000–340 000] personnes ont été, selon les estimations, nouvellement infectées par le VIH en 2010, soit 40 % de moins que les 470 000 [410 000–530 000] personnes que l'on estime avoir été contaminées par cette infection en 1996, quand l'épidémie a atteint son maximum dans cette sous-région.

Ces tendances s'expliquent par une combinaison de facteurs : évolution naturelle de l'épidémie d'infection à VIH, changements de comportement associés à une prise de conscience accrue des effets de l'épidémie ainsi qu'à une intensification des efforts de prévention, et couverture plus étendue du traitement antirétroviral.

La prévalence de l'infection à VIH est en diminution chez les jeunes

Chez les jeunes, des tendances encourageantes se dégagent clairement dans plusieurs pays à forte charge

d'infection à VIH. Les tendances de la prévalence de l'infection à VIH chez les jeunes peuvent être une indication des tendances récentes de la contamination par le VIH, la plupart des jeunes vivant avec le VIH ayant été infectés ces dernières années.

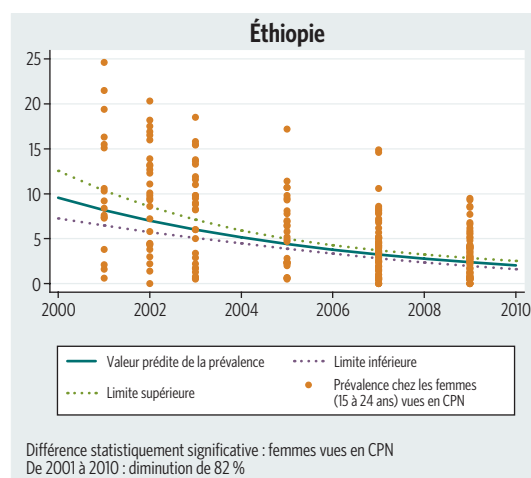
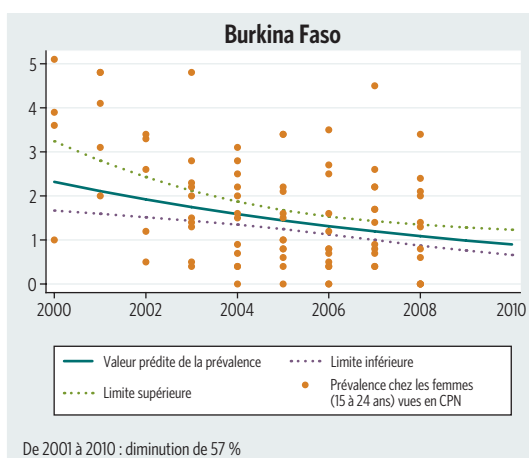
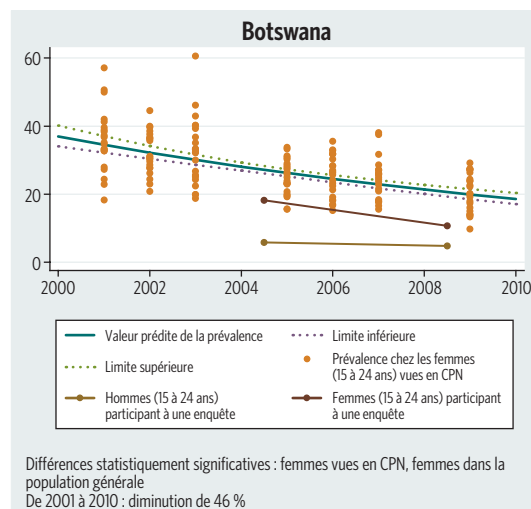
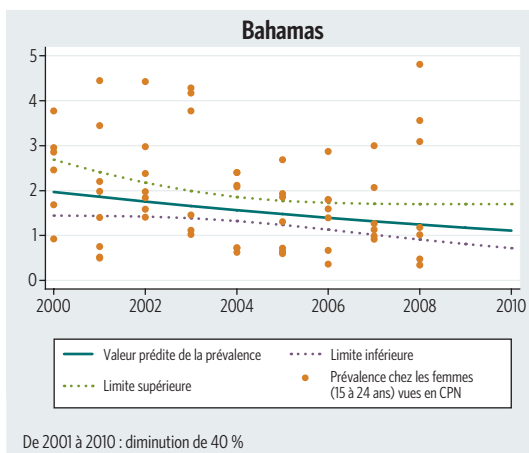
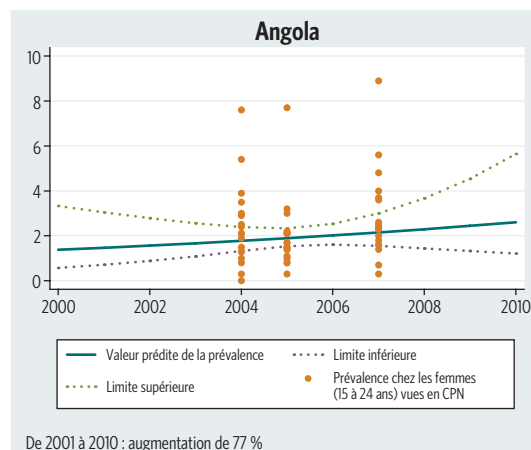
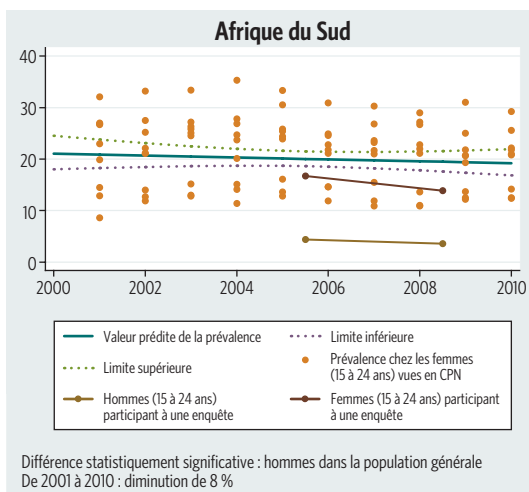
Pour estimer les tendances de la prévalence de l'infection à VIH chez les jeunes, un modèle de régression a été appliqué à des données provenant de consultations prénatales obtenues entre 2000 et 2010. Cette analyse a montré une diminution de la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes âgées de 15 à 24 ans dans 22 des 24 pays disposant de données et où la prévalence au niveau national est de 1 % ou plus.¹ Chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale, la baisse de la prévalence était statistiquement significative dans 12 de ces pays : Botswana, Burkina Faso, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Namibie, Nigéria, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Togo et Zimbabwe. Sur la base de résultats d'enquêtes en population, une baisse statistiquement significative de la prévalence a également été retrouvée dans la population générale dans quatre de ces pays (chez les femmes au Botswana, au Malawi et au Zimbabwe et chez les hommes en République-Unie de Tanzanie). Trois autres pays ont enregistré une baisse statistiquement significative de la prévalence de l'infection à VIH dans la population générale (chez les femmes en Zambie et chez les hommes en Afrique du Sud et au Lesotho), mais pas chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale.

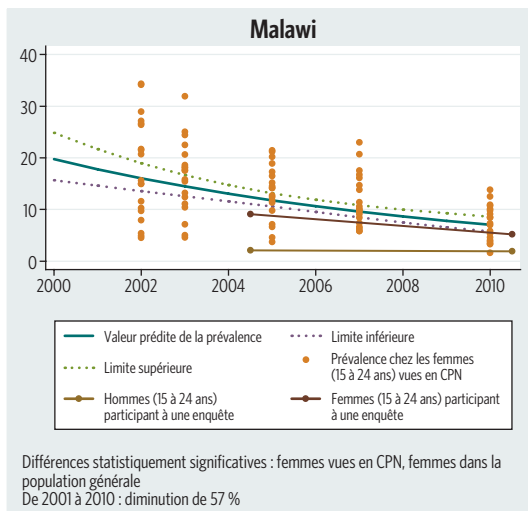
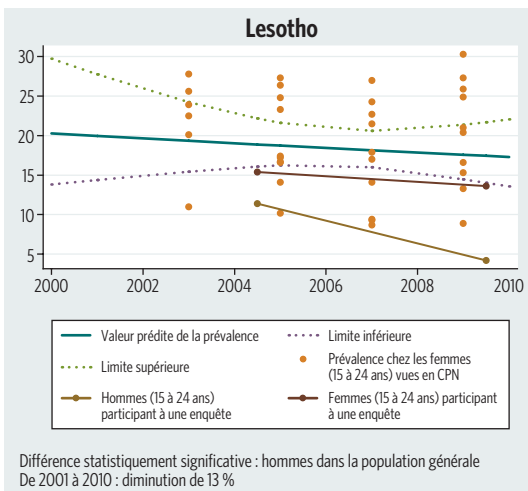
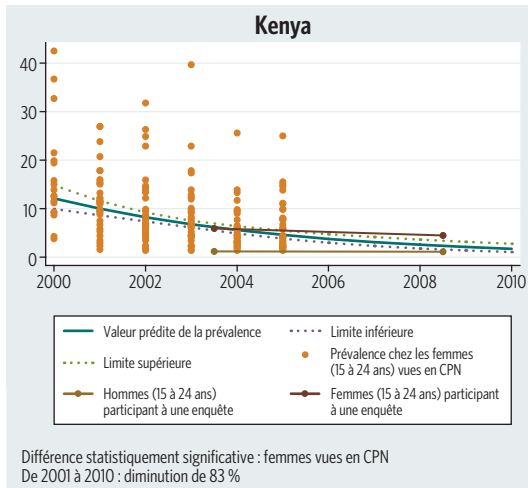
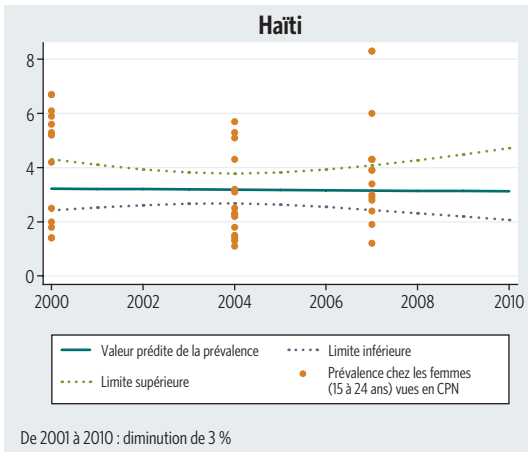
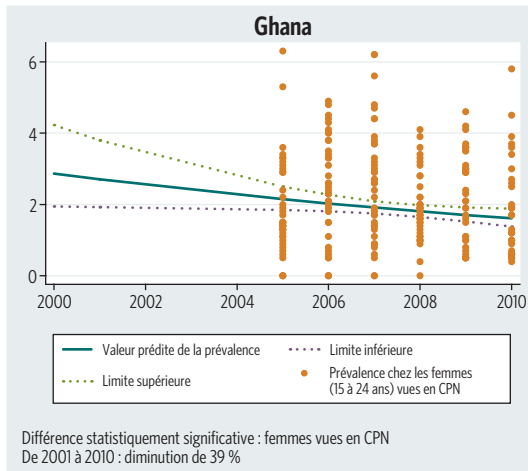
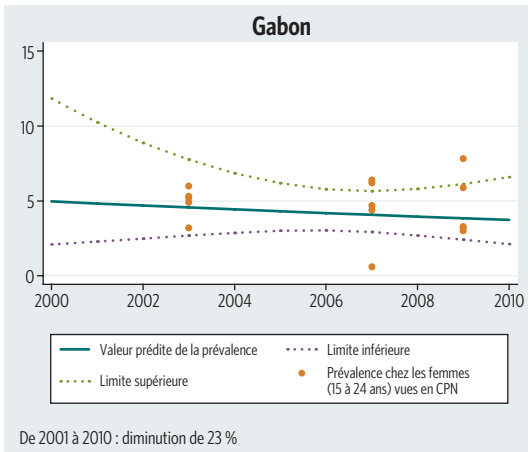
Dans ces 24 pays, la baisse moyenne de la prévalence de l'infection à VIH était de 31 % chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale (figure 2.5). Cependant, la fourchette était large. Sept de ces 24 pays ont atteint une réduction de 50 % de la prévalence, mais aucune diminution apparente n'a été observée dans cinq autres pays, notamment en Afrique du Sud, pays où l'épidémie d'infection à VIH est la plus importante au monde.²

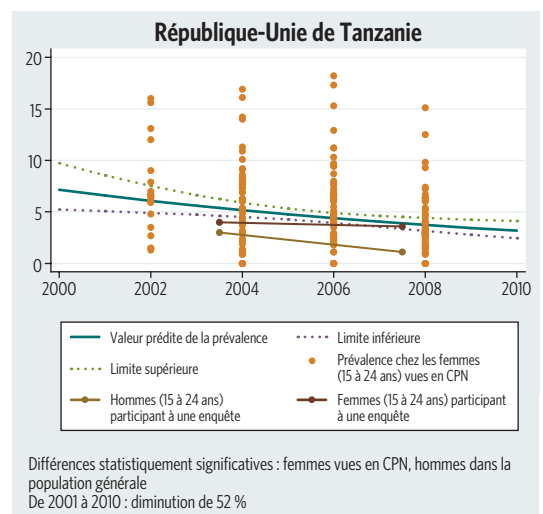
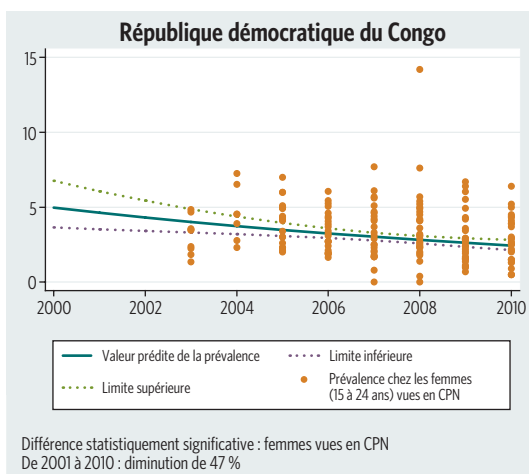
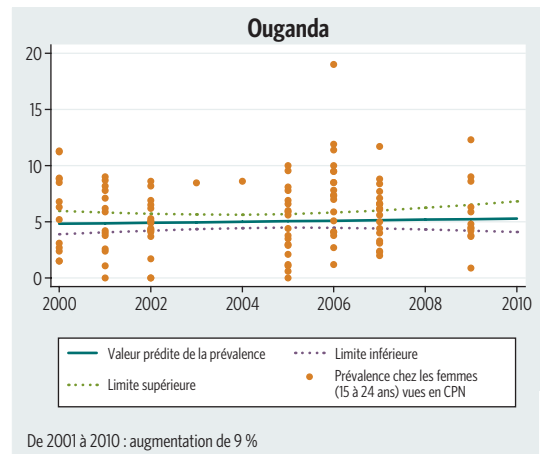
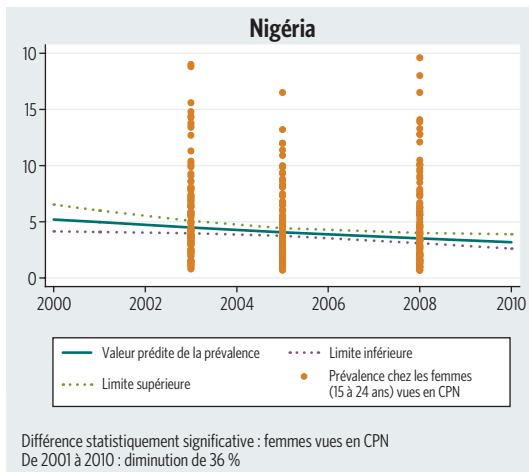
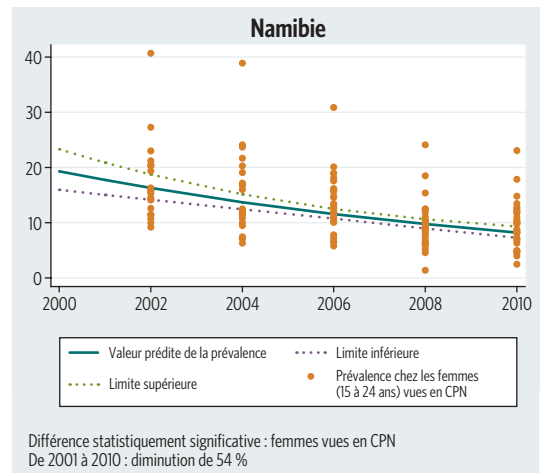
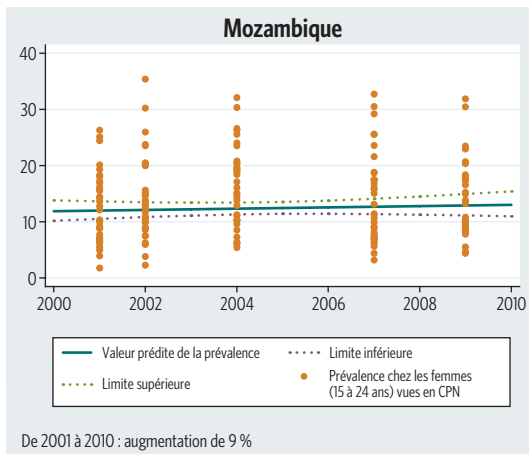
1 Afrique du Sud, Angola, Bahamas, Botswana, Burkina Faso, Éthiopie, Gabon, Ghana, Haïti, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

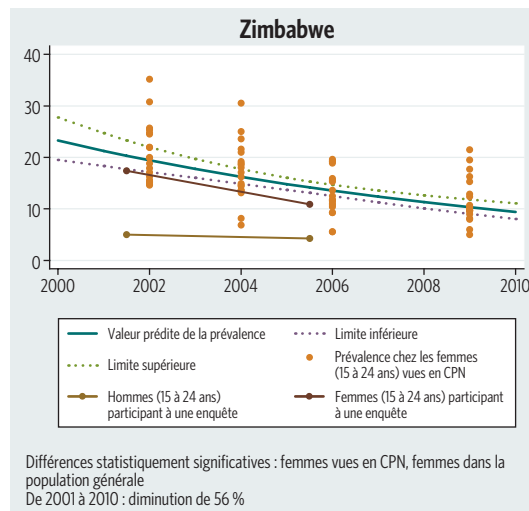
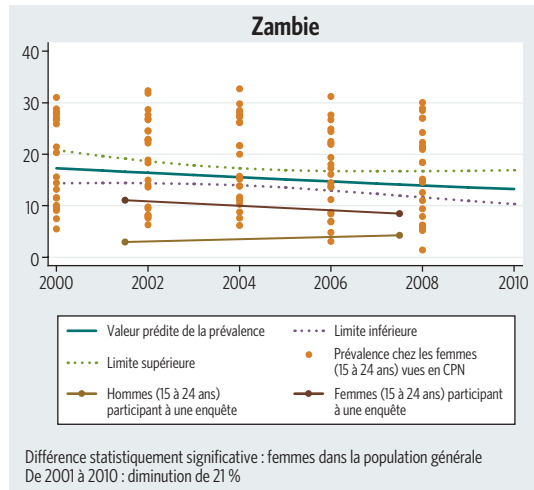
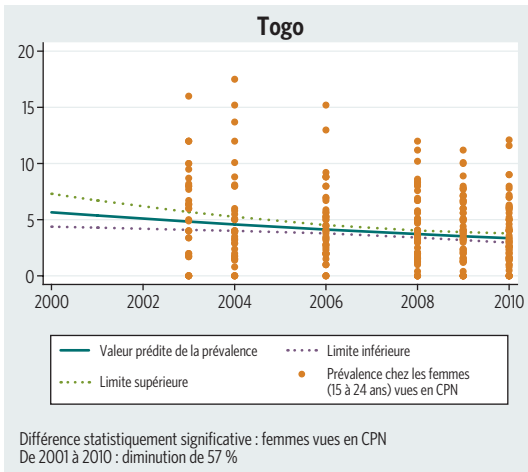
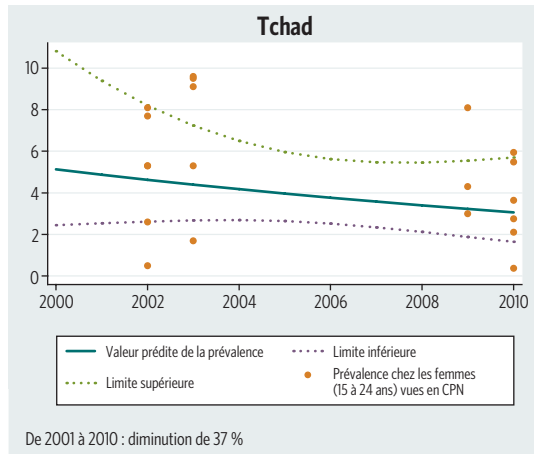
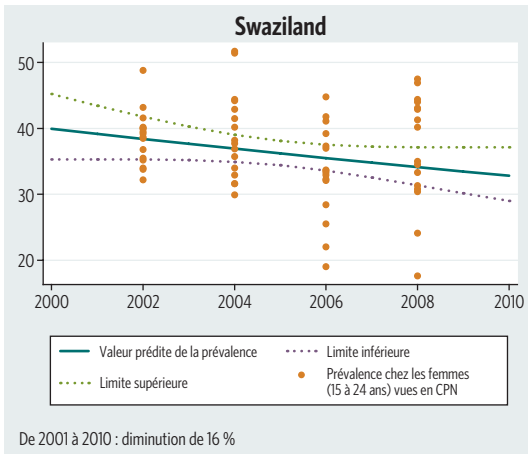
2 Dans la Déclaration d'engagement adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies au cours de la session extraordinaire sur le VIH/sida de 2001, les pays se sont engagés à atteindre une baisse de 50 % de la prévalence de l'infection à VIH d'ici à 2010.

Figure 2.5 Prévalence de l'infection à VIH dans différents échantillons de population de 23 pays disposant de données et où la prévalence dépasse 1 %, 2000-2010









En parallèle à ces baisses de la prévalence de l'infection à VIH, d'autres signes encourageants indiquant des changements dans les comportements sexuels chez les jeunes de 15 à 24 ans ont été observés dans plusieurs pays à épidémie généralisée. Les données d'enquêtes réalisées dans 20 pays d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes témoignent de ces changements (figure 2.5).¹

D'après l'analyse, le pourcentage de jeunes hommes ayant eu de multiples partenaires au cours des 12 mois précédant l'enquête la plus récente a diminué de manière significative dans 11 des 19 pays disposant de données (notamment dans 4 pays où la prévalence de l'infection à VIH chez l'adulte au niveau national dépassait 10 % en 2009) ; chez les femmes, ce pourcentage a diminué dans 6 pays (la prévalence du VIH dépassant 10 % dans la moitié d'entre eux). Au Rwanda et au Zimbabwe, la proportion de jeunes femmes ayant des partenaires multiples semble toutefois avoir augmenté, une tendance similaire qu'on retrouve chez les jeunes hommes du Guyana et du Lesotho.

La proportion de jeunes qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque a augmenté de manière significative dans 7 (pour les hommes) et 5 (pour les femmes) des 17 pays disposant de données. Dans plus de la moitié de ces pays, la prévalence de l'infection à VIH chez l'adulte au niveau national était d'au moins 10 % en 2009. Cependant, l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels à haut risque semble avoir diminué chez les jeunes hommes en Ouganda et au Zimbabwe et chez les jeunes femmes au Mali.

La proportion de jeunes hommes et femmes qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans a diminué de manière significative dans 8 des 18 pays disposant

1 Cette analyse est basée sur des données d'enquêtes provenant de pays où plus d'une enquête a été menée entre 2000 et 2010. Si plus de deux enquêtes ont été menées au cours de cette période, seules la première et la dernière enquête ont été utilisées aux fins d'analyse. La durée moyenne entre deux enquêtes était de cinq ans. Les indicateurs suivants de la Déclaration d'engagement adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies à la session extraordinaire sur le VIH/sida ont été utilisés : pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans ; pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois ; et pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel.

de données. Dans 4 de ces 8 pays, la prévalence de l'infection à VIH chez l'adulte au niveau national dépassait 10 % en 2009. En revanche, la proportion de jeunes qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans a augmenté chez les hommes au Guyana, au Lesotho et au Rwanda, chez les femmes au Lesotho ainsi que chez les hommes et les femmes en Haïti.

2.1.2 Moins de personnes meurent de causes liées au sida...

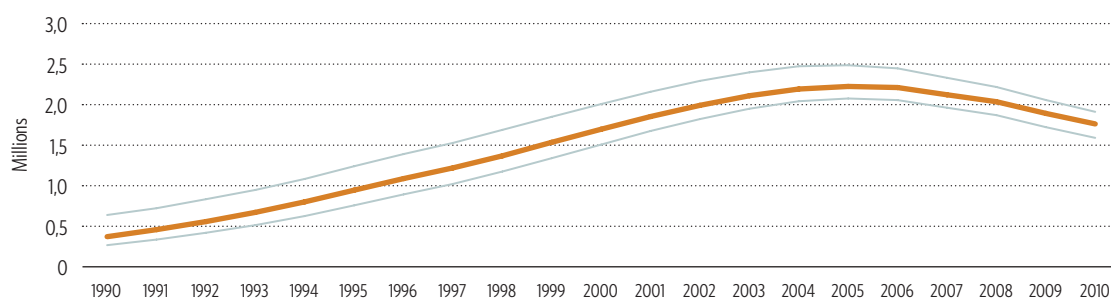
Le nombre annuel de personnes qui décèdent de causes liées au sida dans le monde est en constante diminution ; il a atteint un maximum en 2005 avec 2,2 millions [2 100 000-2 500 000] et est estimé à environ 1,8 million [1 600 000-1 900 000] pour 2010 (figure 2.6). La mortalité liée au sida a commencé à baisser dans les années 2005 et 2006 en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud et du Sud-Est, ainsi que dans les Caraïbes et a continué à diminuer par la suite.

Deux avancées remarquables ont permis cette diminution : premièrement, la plus grande disponibilité du traitement antirétroviral, ainsi que des soins et du soutien, pour les personnes vivant avec le VIH, particulièrement en Afrique subsaharienne ; et deuxièmement, un nombre moins grand de personnes nouvellement infectées par le VIH depuis la fin des années 1990. Les effets du traitement antirétroviral sont particulièrement visibles en Afrique subsaharienne où, selon les estimations, 460 000 (soit 30 %) personnes de moins sont décédées de causes liées au sida en 2010 qu'en 2004, année où l'accès au traitement antirétroviral a commencé à être considérablement élargi (figure 2.6).

2.1.3 mais les tendances varient selon les régions

Les régions et les pays ne suivent cependant pas tous ces tendances générales. Le nombre annuel de personnes nouvellement infectées par le VIH a augmenté au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, passant de 43 000 [31 000-57 000] en 2001

Figure 2.6 Nombre de personnes décédées de causes liées au sida dans le monde, 1990-2010



à 59 000 [40 000-73 000] en 2010. Après avoir considérablement diminué au début des années 2000, l'incidence de l'infection à VIH en Europe orientale et en Asie centrale connaît une recrudescence depuis 2008.

Les tendances dans les décès dus au sida diffèrent également. Par exemple en Europe orientale et en Asie centrale, le nombre de personnes décédées de causes liées au sida est passé de 7800 [6000-11 000] en 2001 à 90 000 [74 000-110 000] en 2010. Au cours de la même période, la mortalité liée au sida a augmenté de 60 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (passant de 22 000 [9700-38 000] à 35 000 [25 000-42 000]) et a plus que doublé en Asie de l'Est (passant de 24 000 [16 000-45 000] à 56 000 [40 000-76 000]).

En Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale, le nombre de personnes qui décèdent de causes liées au sida a commencé à diminuer peu après l'introduction du traitement antirétroviral en 1996. En Amérique latine, le nombre de décès attribués au sida a baissé après avoir atteint un pic dans les années 2001-2003, mais semble s'être stabilisé depuis l'année 2008.¹

2.1.4 Le nombre de personnes vivant avec le VIH augmente au fur et à mesure que s'élargit l'accès au traitement

L'ONUSIDA estime que 34 millions [31 600 000-35 200 000] de personnes vivaient avec le VIH dans le monde à la fin de l'année 2010 contre 28,6 millions [26 700 000-30 900 000] en 2001 - soit une augmentation de 17 %. Ces chiffres s'expliquent par le nombre élevé de personnes nouvellement infectées par le VIH et par l'élargissement considérable de l'accès au traitement antirétroviral, qui a contribué à réduire le nombre de personnes décédées de causes liées au sida, en particulier depuis 2004-2005 (tableau 2.1).

2.1.5 La moitié des personnes vivant avec le VIH sont des femmes

Selon les estimations de l'ONUSIDA, les femmes constituaient la moitié (50 % [48-53 %]) des adultes (âgés de 15 ans et plus) vivant avec le VIH dans le monde en 2010 (figure 2.8). Cette proportion a très peu changé au cours des 15 dernières années. La charge de l'infection à VIH chez les femmes varie toutefois considérablement selon les régions, la plus lourde se trouvant en Afrique subsaharienne. Dans cette région, le nombre de femmes adultes vivant avec le VIH était 1,4 fois plus élevé que le nombre d'hommes en 2010,

les femmes représentant alors 59 % [56-63 %] des adultes vivant avec le VIH, tendance pratiquement toujours observée au cours de la décennie précédente.

Les Caraïbes sont la seule autre région où l'on compte plus de femmes que d'hommes parmi les adultes vivant avec le VIH ; celles-ci représentaient 53 % [47-61 %] des adultes vivant avec le VIH en 2010 (cette particularité tient en grande partie au fait que les femmes sont plus nombreuses que les hommes en Haïti, pays qui connaît la plus importante épidémie d'infection à VIH des Caraïbes). La proportion de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH a légèrement augmenté au cours de la dernière décennie ou plus dans deux régions : en Amérique latine, avec 35 % [29-41 %] en 2010 contre 32 % [26-41 %] en 2001, et en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale, avec 26 % [23-33 %] en 2010 contre 25 % en 2001 [22-28 %]. Ailleurs, la proportion n'a guère évolué : elle est passée de 34 % [30-37 %] à 35 % [30-38 %] en Asie, de 34 % [28-40 %] à 35 % [30-40 %] en Europe orientale et en Asie centrale, de 45 % [24-57 %] à 45 % [31-50 %] au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, et de 44 % [37-55 %] à 44 % [39-51 %] en Océanie.

2.1.6 Une évolution positive chez l'enfant

Avec l'élargissement de l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, le nombre annuel d'enfants contaminés par cette infection s'est stabilisé au début des années 2000, puis a fortement diminué ces dernières années (figure 2.9). Selon les estimations, 390 000 [340 000-450 000] enfants ont été nouvellement infectés par le VIH en 2010, soit 30 % de moins que le pic de 560 000 [500 000-630 000] enfants nouvellement infectés chaque année observé en 2002 et 2003. Le nombre d'enfants (de moins de 15 ans) vivant avec le VIH dans le monde s'est stabilisé ces dernières années et a atteint un total de 3,4 millions [3 000 000-3 800 000] en 2010 ; plus de 90 % vivaient en Afrique subsaharienne.²

Le nombre de décès chez les enfants de moins de 15 ans est en baisse. Selon les estimations, 250 000 [220 000-290 000] enfants sont décédés de maladies liées au sida en 2010, ce qui représente 20 % de moins que les 320 000 [280 000-360 000] enfants décédés en 2005. Cette tendance est la conséquence de l'élargissement constant des services de prévention de la transmission du VIH au nourrisson et, à un degré moindre, de la lente expansion de l'accès au traitement pour les enfants.

¹ Pour les estimations concernant l'infection à VIH, le Mexique est à présent inclus dans l'Amérique latine. Ces dernières estimations remplacent donc celles publiées dans le passé par l'ONUSIDA (y compris les estimations des années précédentes).

² Cette estimation est supérieure aux estimations précédentes en raison des améliorations apportées aux modèles d'estimation, notamment aux hypothèses concernant la survie des enfants vivant avec le VIH et les effets de la date d'infection sur leur survie (encadré 2.4).

Figure 2.7 Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH dans le monde, 1990-2010

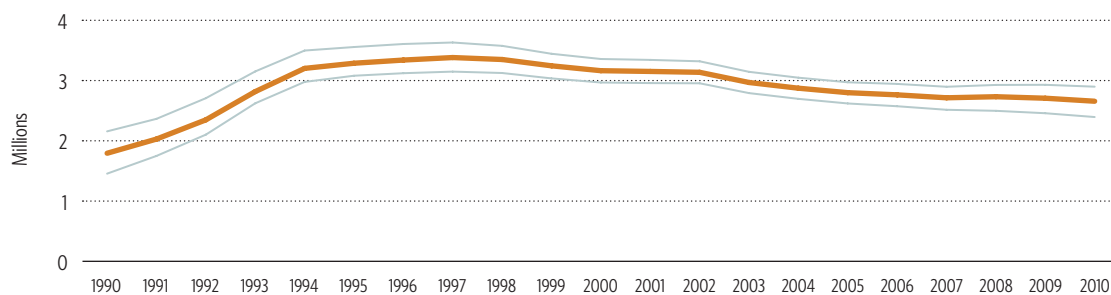


Figure 2.8 Pourcentage de femmes parmi les adultes (15 ans et plus) vivant avec le VIH, par région géographique, 1990-2010

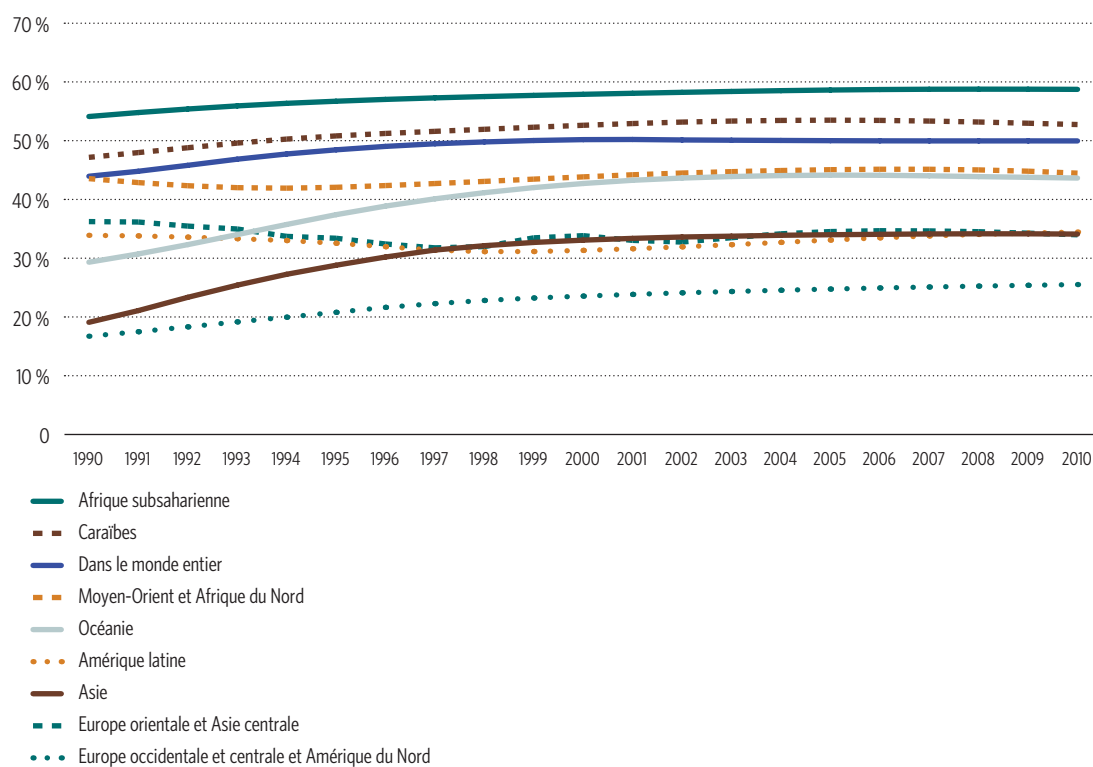
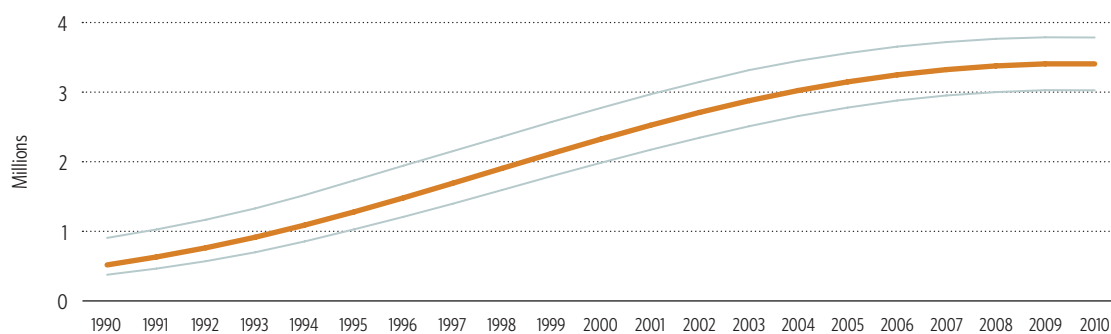


Figure 2.9 Nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH dans le monde, 1990-2010



Encadré 2.1

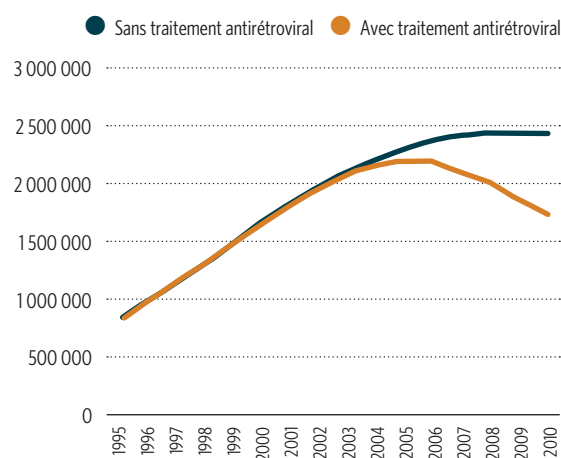
Le traitement antirétroviral a permis d'éviter 2,5 millions de décès dans les pays à revenu faible ou moyen

Selon de nouveaux calculs de l'ONUSIDA¹, l'introduction du traitement antirétroviral a permis d'éviter 2,5 millions de décès dans les pays du monde à revenu faible ou moyen depuis 1995. Les décès évités se retrouvent en grande majorité en Afrique subsaharienne, où leur nombre atteint environ 1,8 million ; 300 000 décès ont été évités en Asie et dans le Pacifique, 300 000 autres en Amérique latine, 41 000 en Europe orientale et en Asie centrale, 26 000 dans les Caraïbes et 6 000 au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

Le nombre de décès évités a doublé au cours des deux dernières années. Rien qu'en 2010, on estime que le traitement antirétroviral a permis d'éviter 700 000 décès dans les pays à revenu faible ou moyen. Néanmoins, seulement 100 000 (4 %) de ces 2,5 millions de décès évités ont concerné des enfants de moins de 15 ans.

Ce total de 2,5 millions est inférieur aux estimations précédentes qui comprenaient les pays à revenu élevé d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord où le traitement antirétroviral a un impact important.

Figure 2.10 Nombre total de personnes décédées de causes liées au sida dans les pays à revenu faible ou moyen, 1995–2010



¹ Pour évaluer l'effet du traitement antirétroviral sur la mortalité liée au sida, deux scénarios ont été mis au point qui utilisent des fichiers pays du logiciel Spectrum 2010. Dans le premier scénario, le nombre d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen a été ramené à zéro. Le second scénario utilise la meilleure estimation actuelle réalisée par l'ONUSIDA du nombre de personnes décédées de causes liées au sida entre 1995 et 2010. L'estimation du nombre de décès évités par le traitement antirétroviral est obtenue en faisant la différence du nombre de décès dans chacun des deux scénarios.

Encadré 2.2

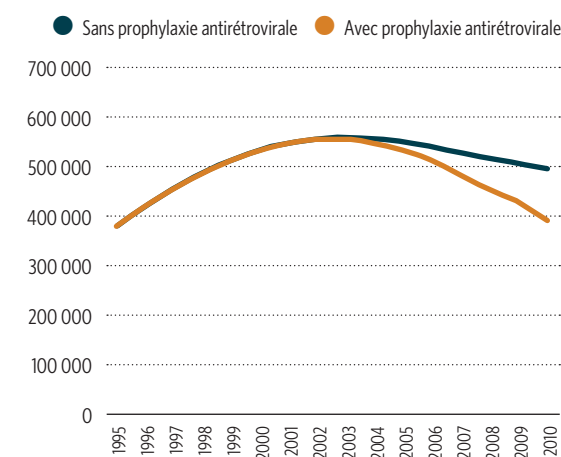
Plus de 350 000 enfants ont évité d'être contaminés par le VIH grâce à la prophylaxie antirétrovirale

L'ONUSIDA a récemment calculé que, depuis 1995, plus de 350 000 enfants ont évité d'être nouvellement infectés par le VIH grâce à la prophylaxie antirétrovirale donnée aux femmes enceintes vivant avec le VIH (figure 2.11).¹

Quatre-vingt-six pour cent des enfants chez lesquels une infection a été évitée vivent en Afrique subsaharienne, région où l'on retrouve la plus forte prévalence d'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer. L'Europe orientale et l'Asie centrale sont au deuxième rang dans le monde pour le nombre d'enfants qui ont évité d'être contaminés par le VIH (23 000) ; dans les pays de cette région, un test de dépistage est réalisé chez pratiquement toutes les femmes en consultation prénatale. Dans les autres régions, le nombre d'enfants qui ont évité d'être infectés par le VIH a été de 14 000 en Asie et dans le Pacifique, 9 000 en Amérique latine, 3 000 dans les Caraïbes et moins de 1 000 au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

Le nombre cumulé d'enfants qui ont évité d'être infectés grâce aux programmes de prévention de la transmission mère-enfant a doublé entre 2008 et 2010, à mesure que la couverture de ces services s'est considérablement étendue.

Figure 2.11 Nombre de nouvelles infections par le VIH chez l'enfant dans les pays à revenu faible ou moyen, 1995–2010



Seuls les enfants qui ont évité l'infection grâce à une prophylaxie antirétrovirale ont été pris en considération dans cette analyse qui n'inclut pas ceux qui ont évité l'infection grâce à d'autres services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (comme le conseil sur l'alimentation du nourrisson, la réduction des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH ou la réduction du nombre de nouvelles infections par le VIH chez les femmes en âge de procréer).

¹ Ces calculs sont basés sur deux scénarios mis au point qui utilisent des fichiers pays du logiciel Spectrum 2010. Dans le premier scénario, aucune femme enceinte n'a reçu de prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Le second scénario décrit l'estimation réalisée par l'ONUSIDA du nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH depuis 1995 dans le contexte des niveaux de couverture actuels des programmes de prévention de la transmission mère-enfant. L'estimation du nombre d'enfants qui ont évité d'être contaminés par le VIH grâce à la prophylaxie antirétrovirale est obtenue en faisant la différence entre le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH dans chacun des deux scénarios.

Encadré 2.3

Utilisation de l'information stratégique pour optimiser l'allocation des ressources

Ces dernières années, plusieurs pays d'Afrique orientale et australe (1), d'Afrique centrale et occidentale (2), d'Asie (3,4) et d'Amérique latine (4) ont analysé la distribution des personnes nouvellement infectées par le VIH en fonction du mode de transmission. Au Maroc, ce type d'analyse a été combiné avec des informations sur les tendances récentes des dépenses afin de mieux cibler la planification des futures activités de prévention.

Au Maroc, une estimation de l'incidence de l'infection à VIH a été calculée en 2009 pour différentes populations clés affectées par cette infection, en utilisant le modèle selon les modes de transmission (5). Les calculs se sont basés sur un examen des données disponibles sur le plan national dans différents domaines concernant l'infection à VIH : épidémiologie, biologie, comportements et contexte.

L'analyse des modes de transmission a indiqué que les principaux facteurs contribuant à l'épidémie d'infection à VIH au Maroc sont les rapports sexuels rémunérés non protégés, les rapports sexuels entre hommes et le partage de matériel d'injection de drogues contaminé. Environ deux tiers du nombre total de personnes infectées par le VIH présentent au moins l'un de ces comportements à risque, comportements devant être pris en compte en priorité dans la programmation de la lutte contre le VIH. De manière plus détaillée, l'analyse a permis de constater ce qui suit.

- Selon les estimations, environ 43 % [26-64 %] des personnes nouvellement infectées par le VIH en 2009 ont acquis cette infection par le biais de réseaux de rapports sexuels rémunérés. Chez les professionnelles du sexe, la transmission du VIH peut s'observer dans la plus grande partie du pays, et plus intensément dans le sud (en particulier à Agadir), où la prévalence de cette infection dans ce groupe de population dépasse 5 %.
- Selon les estimations, les réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et de consommateurs de drogues par injection ont contribué pour un peu plus de 20 % au nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2009. L'analyse a révélé que les conditions étaient favorables au développement d'une importante épidémie d'infection à VIH chez les consommateurs de drogues par injection. Jusqu'à présent limitées, les données sur les comportements à risque chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes seront de meilleure qualité en 2011, car les résultats d'une enquête intégrant les surveillances biologique et comportementale pourront être utilisées.
- Bien que l'incidence de l'infection à VIH dans la population générale hétérosexuelle en général soit faible, le nombre réel de personnes contaminées par le VIH dans ce groupe de population est considérable du fait qu'il englobe la plus grande partie de la population sexuellement active.

La comparaison a montré que les dépenses imputées à la prévention de l'infection à VIH en 2008 ne correspondaient pas à la distribution des personnes nouvellement infectées par le VIH au Maroc. Les besoins en matière de ressources pour les futures interventions de prévention ont donc été révisés. Le Plan stratégique national 2012-2016 pour le Maroc propose désormais d'allouer 63 % des ressources dédiées au sida à la prévention dans les populations clés particulièrement exposées- dont 13 % pour les consommateurs de drogues par injection, 13 % pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et 23 % pour les professionnelles du sexe et leurs clients.

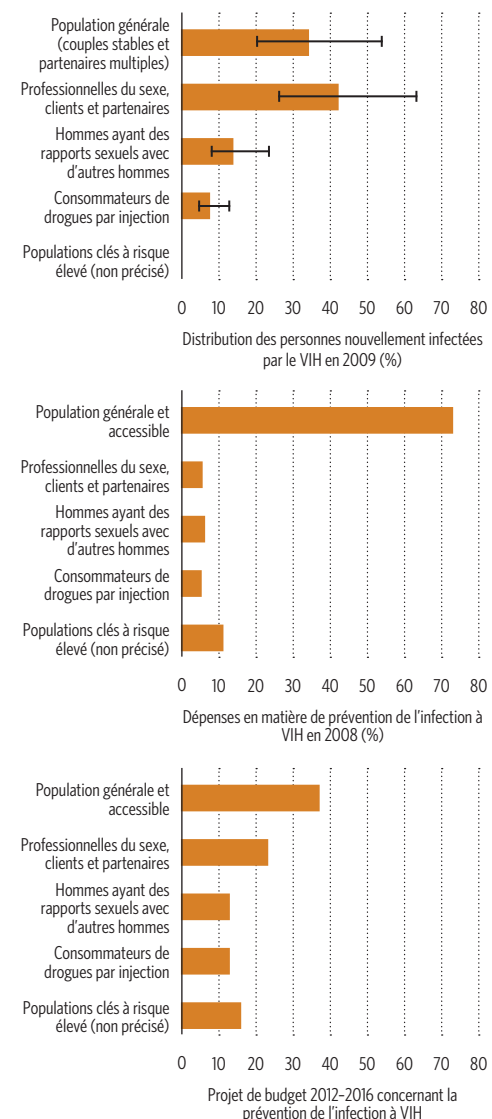
La qualité des données de modélisation selon les modes de transmission est cependant limitée par plusieurs facteurs.

Cette modélisation se fonde sur certaines données scientifiques qui ne sont pas disponibles. La qualité des itérations faites dans ce type d'analyse pourrait être améliorée par une surveillance biocomportementale plus représentative, multicentrique et intégrée incluant les populations clés exposées à un risque élevé qui sont cachées ou peu accessibles ; cela pourrait être fait en établissant une cartographie et des estimations plus scientifiques du nombre de consommateurs de drogues par injection, d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et de professionnelles du sexe et de leurs clients. Dans sa planification, le Maroc a prévu de réaliser au cours des deux prochaines années plusieurs enquêtes de surveillance biocomportementale intégrée dans les populations clés exposées à un risque élevé.

Le modèle ne tient pas compte de facteurs de risque partiellement communs à plusieurs populations ; il ne calcule le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH que sur le court terme (une année), et il est généralement appliqué au niveau national plutôt qu'au niveau local ou régional.

Néanmoins, la comparaison de la distribution des personnes nouvellement infectées avec les dépenses du programme en cours a aidé le Maroc à reconnaître l'existence d'un déséquilibre dans l'allocation des ressources et a conduit à définir de nouvelles priorités pour les futurs exercices de programmation.

Figure 2.12 Maroc : nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH (en fonction du mode de transmission) en 2009 comparé à la distribution en pourcentage des dépenses en matière de prévention de l'infection à VIH en 2008 et à la distribution en pourcentage pour le projet de budget 2012-2016 concernant la prévention de l'infection à VIH



2.2 Afrique subsaharienne

2.2.1 L'Afrique subsaharienne continue à être touchée de manière disproportionnée...

Figure 2.13 Nombre de personnes vivant avec le VIH, Afrique subsaharienne, 1990-2010

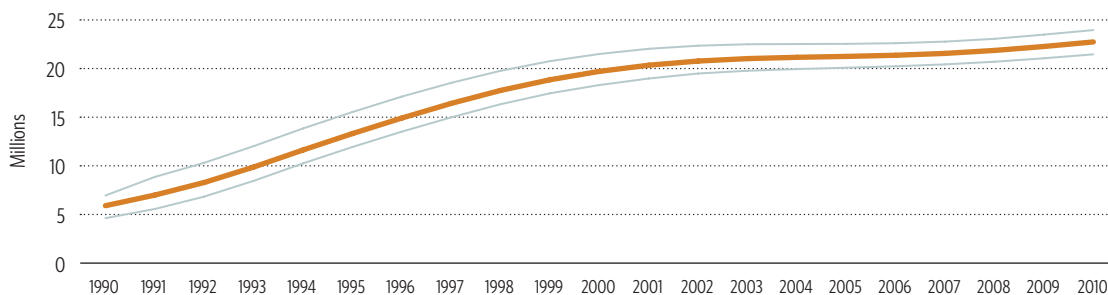


Figure 2.14 Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, Afrique subsaharienne, 1990-2010

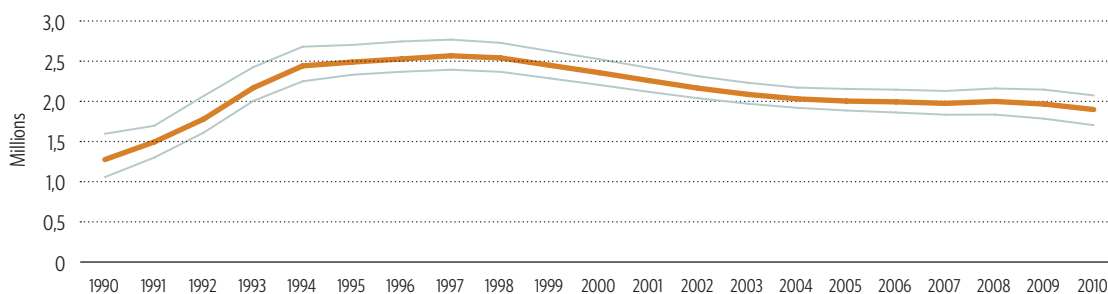


Figure 2.15 Nombre de personnes décédées de causes liées au sida, Afrique subsaharienne, 1990-2010

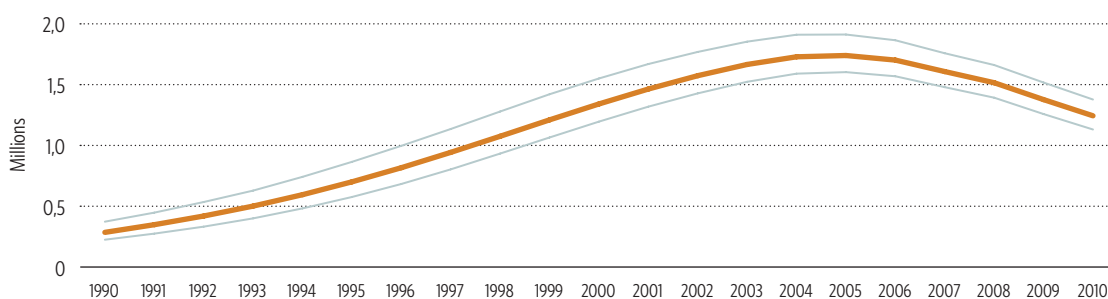
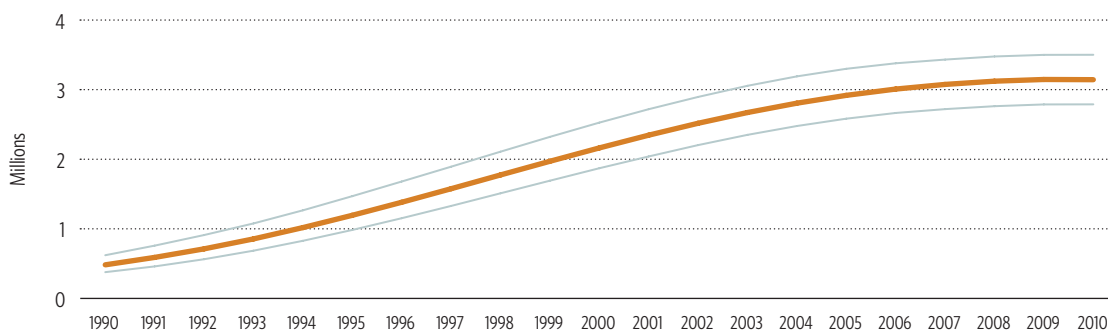


Figure 2.16 Nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH, Afrique subsaharienne, 1990-2010



L'Afrique subsaharienne continue de supporter une grande part de la charge mondiale d'infection à VIH. Mi-2010, environ 68 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH résidait en Afrique subsaharienne, région comptant seulement 12 % de la population mondiale (figures 2.13 à 2.16).

Les 1,9 million [1 700 000–2 100 000] de personnes qui ont été nouvellement infectées par le VIH en 2010 en Afrique subsaharienne représentaient 70 % de l'ensemble des personnes contaminées par le VIH dans le monde. Cependant, le nombre de personnes nouvellement infectées est en baisse dans cette région. En 2010, ce nombre a diminué d'environ 16 % par rapport à 2001, année où, selon les estimations, 2,2 millions [2 100 000–2 400 000] de personnes ont été nouvellement infectées.

Les personnes qui ont accès au traitement antirétroviral et aux soins ont tendance à survivre plus longtemps. Le nombre total de personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne est donc en augmentation ; il a atteint 22,9 millions [21 600 000–24 100 000] en 2010 (soit 12 % de plus qu'en 2001).

En Afrique subsaharienne, un plus grand nombre de femmes que d'hommes vivent avec le VIH ; en 2010, les femmes y représentaient 59 % [56–63 %] des personnes vivant avec le VIH (proportion très proche de celle observée dix ans auparavant).

Cependant, les épidémies varient considérablement à l'intérieur de l'Afrique subsaharienne, l'Afrique australe étant plus durement touchée (tableau 2.1). Selon les estimations, 11,1 millions [10 600 000–11 600 000] de personnes vivaient avec le VIH en Afrique australe en 2009, soit 31 % de plus que les 8,6 millions [8 100 000–9 100 000] de personnes vivant avec cette infection dans cette sous-région dix ans auparavant.

2.2.2 ... mais l'incidence de l'infection à VIH diminue dans presque la moitié des pays

Les informations obtenues par modélisation indiquent que l'incidence de l'infection à VIH (le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH) a atteint un pic en Afrique subsaharienne dans le milieu des années 1990 ; les données révèlent que cette incidence est aujourd'hui en baisse dans presque la moitié des pays de la région.

Dans 22 pays, les modèles nationaux de prévalence de l'infection à VIH ont montré que l'incidence de cette infection a diminué de plus de 25 % entre 2001 et 2009 – notamment dans certains des pays de la région où l'épidémie de VIH est la plus grave : Éthiopie, Nigéria, Zambie et Zimbabwe.

Le Zimbabwe est le premier pays d'Afrique australe à enregistrer une diminution importante et durable de la prévalence de l'infection à VIH au niveau national chez l'adulte, celle-ci étant passée de 29 % en 1997 à 16 % en 2007 (6). Selon les estimations, l'incidence annuelle de l'infection à VIH a par exemple atteint un pic en 1991 (à 5,5 %) dans la capitale Harare pour retomber à 1 % en 2010 (7). Ces tendances s'expliquent par l'évolution naturelle de l'épidémie de VIH ainsi que par des

changements dans les comportements sexuels (6). Les principaux facteurs ayant contribué à ces changements semblent être une prise de conscience accrue des décès dus au sida et la dégradation de la situation économique du pays (8).

En Afrique du Sud, l'épidémie d'infection à VIH reste la plus grave du monde, avec environ 5,6 millions [5 400 000–5 800 000] de personnes vivant avec cette infection en 2009, selon les estimations (9).¹ Ce chiffre est égal au nombre total de personnes vivant avec le VIH dans l'ensemble de l'Asie. En 2009, l'incidence annuelle de l'infection à VIH en Afrique du Sud était encore élevée (1,5 % [1,3–1,8 %]), mais en diminution par rapport à 2001 (2,4 % [2,1–2,6 %]), avec cependant des variations considérables – l'incidence allant de 0,5 % dans la province du Cap-Occidental à 2,3 % dans le KwaZulu-Natal, province la plus touchée du pays (9). Ces tendances ont été constatées parallèlement à des changements en faveur de l'adoption de rapports sexuels à moindre risque chez les jeunes (principalement par l'utilisation plus fréquente du préservatif) (10).

Les épidémies semblent également reculer au Botswana, en Namibie et en Zambie (où l'incidence de l'infection à VIH a diminué, particulièrement chez les femmes, entre 2004 et 2008 (11)) ; au Lesotho, au Mozambique et au Swaziland, elles semblent plutôt atteindre un plateau. Cependant, dans tous ces pays, la proportion de la population vivant avec le VIH demeure extrêmement élevée. En Angola, l'épidémie relativement récente semble encore être en augmentation.

2.2.3 Les épidémies varient entre les sous-régions

Les épidémies d'infection à VIH les plus graves du monde se trouvent toujours dans la sous-région de l'Afrique australe. En 2009, un tiers (34 %) de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans le monde, et environ 40 % de l'ensemble des femmes vivant avec le VIH, résidaient dans les 10 pays d'Afrique australe.² Cette année-là, 31 % des personnes nouvellement infectées par le VIH et 34 % de l'ensemble des personnes décédées de causes liées au sida vivaient dans ces 10 pays.

En Afrique orientale, les épidémies ont commencé à décliner il y a une dizaine d'années et se sont maintenant stabilisées dans de nombreux pays. En République-Unie de Tanzanie, l'incidence de l'infection à VIH est retombée à environ 3,4 pour 1000 personnes-années entre 2004 et 2008 (11). Au Kenya, la prévalence nationale de l'infection à VIH a chuté pour passer d'environ 14 % dans le milieu des années 1990 à 6 % en 2006 (12), en restant stable depuis. Dans d'autres pays, cette prévalence est restée stable, comme en Ouganda où elle oscille entre 6 % et 7 % depuis 2001, et au Rwanda où elle est demeurée aux environs de 3 % entre 2005 et 2009.

1 L'ONUSIDA publie tous les deux ans des estimations par pays sur l'infection à VIH, les estimations les plus récentes (pour l'année 2009) ayant été publiées en 2010.

2 Afrique du Sud, Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

En Afrique centrale et occidentale, les proportions de population vivant avec le VIH sont beaucoup plus faibles ; on estime que la prévalence de cette infection chez l'adulte était égale ou inférieure à 2 % en 2009 dans 12 pays de cette sous-région (Bénin, Burkina Faso, Gambie, Ghana, Guinée, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, République démocratique du Congo, Sénégal et Sierra Leone). Cette année-là, la prévalence de l'infection à VIH au niveau national était plus élevée au Cameroun avec 5,3 % [4,9-5,8 %], en Côte d'Ivoire avec 3,4 % [3,1-3,9 %], au Gabon avec 5,2 % [4,2-6,2 %], au Nigéria avec 3,6 % [3,3-4,0 %], et en République centrafricaine avec 4,7 % [4,2-5,2 %]. Le Nigéria continue à être le deuxième pays d'Afrique subsaharienne comptant le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH.

2.2.4 Moins d'enfants sont contaminés par le VIH et meurent du sida

Des avancées remarquables ont été obtenues dans la réduction de l'incidence de l'infection à VIH chez les enfants de moins de 15 ans en Afrique subsaharienne. Selon les estimations, 350 000 [300 000-410 000] enfants ont été nouvellement infectés par le VIH dans cette région en 2010, contre 500 000 [450 000-570 000] en 2001, soit une diminution de 30 %. Toujours selon les estimations, le nombre d'enfants décédés de causes liées au sida est passé de 320 000 [280 000-360 000] en 2005 à 230 000 [200 000-260 000] en 2010.

L'Afrique du Sud est l'un des rares pays au monde où les mortalités infantile et maternelle ont augmenté dans les années 2000, le sida étant la cause principale de cette tendance (13). Dans ce pays, les résultats obtenus par le programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH sont toutefois très encourageants et pourraient contribuer à inverser cette tendance pour la mortalité infantile. De nouvelles données montrent que, après neuf années de mise en œuvre du programme, le taux de transmission entre 4 et 8 semaines (transmission précoce qui exclut la plus grande partie de la transmission causée par l'allaitement au sein) était inférieure à 4 % (variant de 2,3 % à 6,2 % selon les provinces) (14). En se basant sur un ensemble d'hypothèses sur la durée de l'allaitement au sein et sur la probabilité de transmission associée¹, l'estimation du taux global de transmission mère-enfant se situe entre 12 % et 18 % si l'on ajoute la transmission postnatale due à l'allaitement au sein (transmission tardive).

2.2.5 Moins de personnes meurent de causes liées au sida

En Afrique subsaharienne, le sida a causé chaque année la mort d'au moins 1 million de personnes depuis 1998, le nombre de morts ayant atteint son maximum en 2005 avec 1,7 million [1 600 000-1 900 000] de décès. Depuis, le nombre de personnes décédées de causes liées au sida a cependant diminué de façon constante, au fur et à mesure que l'accès à un traitement

antirétroviral gratuit s'est élargi dans la région. On estime que 1,2 million [1 100 000-1 400 000] de personnes sont décédées de maladies liées au sida en 2010, soit 29 % de moins qu'en 2005. Presque la moitié des décès sont survenus en Afrique australe.

Des études locales confirment que l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral permet de réduire les taux de mortalité due au sida en Afrique subsaharienne.

D'après une étude récente basée sur les registres de mortalité des villes de Bulawayo et Harare au Zimbabwe, le taux brut de mortalité a diminué de 19 % suite à l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral (15). Dans un district rural du Malawi où le traitement antirétroviral est devenu disponible gratuitement en 2005, le taux de mortalité chez l'adulte a chuté de 10 % et la mortalité liée au sida de 19 % entre 2002 et 2006 (16). Chez les femmes participant à un essai portant sur l'alimentation du nourrisson à Lusaka (Zambie), la mortalité a diminué de plus de la moitié après que le traitement est devenu disponible dans les années 2004 et 2005 (17). Une baisse similaire a été observée à Addis-Abeba, capitale de l'Éthiopie, où le nombre de personnes décédées de causes liées au sida a baissé de plus de 50 % en cinq ans avec la mise en œuvre du programme de traitement antirétroviral ; la baisse des décès dus au sida s'est accentuée après que le traitement antirétroviral est devenu disponible gratuitement, chutant de 38 % chez les hommes et de 43 % chez les femmes entre 2005 et 2007 (18). Dans un district rural de la province du KwaZulu-Natal en Afrique du Sud, la mortalité globale dans la population et la mortalité liée au sida ont baissé de manière significative après que le traitement antirétroviral a été fourni dans la communauté. Entre 2002-2003 (avant que le traitement ne soit disponible) et 2004-2006 (après que le traitement a été introduit), la mortalité liée au sida a diminué pour passer de 26,5 à 18,7 pour 1000 personnes-années chez les hommes âgés de 25 à 49 ans, et de 22,5 à 17,6 pour 1000 personnes-années chez les femmes du même groupe d'âge.

Cependant, l'intensité de l'épidémie de sida a été telle qu'elle a augmenté de manière dramatique le risque de décès dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, en particulier en Afrique australe. Depuis 1990, la probabilité de décès entre 15 et 60 ans a, selon les estimations, considérablement augmenté dans cette sous-région : en 2010, elle a dépassé 600 pour 1000 chez l'homme au Botswana, au Lesotho, au Malawi, au Mozambique, en Namibie, au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe et était d'au moins 500 pour 1000 chez les femmes au Lesotho, au Malawi, en Namibie, au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe (19).

2.2.6 La transmission du VIH dans les relations de longue durée et dans les relations avec plusieurs partenaires en parallèle...

En Afrique subsaharienne, la grande majorité des personnes nouvellement infectées par le VIH sont contaminées lors de rapports hétérosexuels non protégés (y compris lors de rapports sexuels rémunérés) ou par la transmission mère-enfant pour les nouveau-nés ou les bébés allaités au sein. Dans cette région, les principaux facteurs de risque d'infection

1 En supposant une durée médiane d'allaitement au sein de 12 mois chez les femmes vivant avec le VIH, ainsi qu'une transmission de 1,57 par mois chez celles dont le nombre de CD4 est inférieur à 350 cellules par mm³ et de 0,51 par mois chez celles dont le nombre de CD4 est supérieur à 350 cellules par mm³.

par le VIH sont les rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples et la présence d'autres infections sexuellement transmissibles (en particulier les ulcérations génitales causées par le virus de l'herpès simplex de type 2).

L'intrication des réseaux sexuels peut considérablement accélérer le rythme de transmission du VIH et accroître l'ampleur des épidémies d'infection à VIH, comme celles observées en Afrique subsaharienne (20–22). Néanmoins, les données empiriques attribuant au fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels en parallèle un rôle important restent de faible qualité (23,24). Des études récentes ont retrouvé une relation très forte entre le fait d'avoir eu plus d'un partenaire sexuel et le fait de vivre avec le VIH, mais n'ont retrouvé aucune association entre l'existence simultanée de plusieurs partenaires en parallèle chez l'homme et l'incidence de l'infection à VIH chez la femme (24) ou entre le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels en parallèle et la prévalence de l'infection à VIH chez l'homme (25).

Dans le même temps, des données de plus en plus nombreuses rapportent que, à mesure qu'évoluent les épidémies principalement hétérosexuelles, des proportions croissantes de personnes nouvellement infectées par le VIH vivent au sein de couples sérodiscordants (quand un seul des deux partenaires est infecté par le VIH) et cohabitent avec leur partenaire (26, 27), et que la transmission du VIH est en augmentation dans les relations de longue durée (28).

Dans nombre de ces couples sérodiscordants, les conjoints n'ont pas connaissance du statut sérologique de leur partenaire. Au Kenya, au Malawi et en Ouganda, on estime que plus de 80 % de l'ensemble des rapports sexuels non protégés impliquant des personnes vivant avec le VIH se produisent entre conjoints ou concubins (29,30). Une large proportion des personnes nouvellement infectées par le VIH sont de ce fait mariées ou en concubinage au sein de couples hétérosexuels. Dans ces couples sérodiscordants, on supposait par ailleurs que le partenaire vivant avec le VIH est le plus souvent de sexe masculin. Un examen récent des données d'Enquêtes démographiques et sanitaires menées dans 14 pays d'Afrique subsaharienne a cependant révélé que la femme était tout autant susceptible que l'homme d'être le partenaire index : dans les couples sérodiscordants stables, la proportion de femmes vivant avec le VIH était de 47 % (31). D'autres travaux de recherche suggèrent que lorsqu'une femme vit avec le VIH dans un couple sérodiscordant, il est fréquent qu'elle ait été auparavant veuve ou divorcée et se soit remariée (32).

Les stratégies de prévention doivent être adaptées à ces tendances ainsi qu'aux modes de transmission du VIH ; elles doivent comporter des programmes visant à obtenir un changement de comportement au profit d'une réduction du nombre de partenaires, et l'expansion du conseil et du dépistage du VIH pour les couples, en particulier pour prévenir la transmission mère-enfant. La transmission du VIH est réduite de façon drastique dans des couples sérodiscordants du nord du Malawi lorsque le ou la partenaire vivant avec le VIH est informé de son statut sérologique

et commence un traitement antirétroviral ; dans ces couples, on a observé zéro transmission du VIH au cours des trois ans de suivi (33).

2.2.7 ... et les rapports sexuels rémunérés non protégés ainsi que les rapports sexuels entre hommes restent des facteurs importants

Les données montrent régulièrement que les rapports sexuels rémunérés non protégés ainsi que les rapports sexuels entre hommes sont des facteurs qui contribuent de manière importante aux épidémies d'infection à VIH dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne.

On a émis l'hypothèse qu'en Afrique subsaharienne, les rapports sexuels non protégés jouent un rôle important surtout au début des épidémies d'infection à VIH. Toutefois, d'après l'examen de 68 études menées dans 18 pays, les rapports sexuels rémunérés pourraient constituer un facteur tout aussi important dans les épidémies de stade avancé (34).

Selon les estimations, 14 % des personnes contaminées par le VIH au Kenya ont un lien avec l'industrie du sexe (infection par le VIH chez les professionnelles du sexe, leurs clients ou leurs autres partenaires sexuels) (35). Une étude antérieure a montré que pour près de quatre cinquièmes des cas d'infection à VIH chez l'homme adulte à Accra (Ghana), la contamination pourrait avoir eu lieu au cours de rapports sexuels rémunérés non protégés (36). Dans plusieurs autres pays, l'incidence et la prévalence de l'infection à VIH demeurent très élevées chez les professionnelles du sexe : dans cette population, une incidence annuelle de l'infection à VIH de 12 % a par exemple été retrouvée dans le centre-nord du Nigéria (37) ainsi qu'une prévalence de 30 % à Dar-es-Salaam (République-Unie de Tanzanie) (38). Ces données témoignent de l'absence d'utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels rémunérés.

Les résultats d'études récentes indiquent que certaines villes d'Afrique subsaharienne comptent un grand nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et que le taux d'infection à VIH est élevé chez ceux d'entre eux qui ont participé à des enquêtes (39). Parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont participé à une étude réalisée en 2008 en Afrique du Sud, la moitié (50 %) de ceux interrogés à Johannesburg, et 28 % dans la ville portuaire de Durban, vivaient avec le VIH (40). Dans cette population, la prévalence de l'infection à VIH était de 12 % à Unguja (Zanzibar, République-Unie de Tanzanie) (41), 17 % à Lagos et 9 % à Kano (Nigéria) dans une étude menée en 2007 (42), 14 % à Kampala (Ouganda) dans une étude menée en 2008 et 2009 (43), et 17 % en moyenne au Botswana, au Malawi et en Namibie (44). Dans la plupart de ces pays, la prévalence de l'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes était même supérieure à celle retrouvée dans la population générale.

À l'instar d'autres régions où les rapports sexuels entre hommes sont fortement stigmatisés, beaucoup d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres

hommes en Afrique subsaharienne ont également des rapports sexuels avec des femmes. Au Sénégal, 82 % des hommes interrogés ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont déclaré avoir aussi des rapports sexuels avec des femmes (45) ; 50 % des hommes ayant participé à l'étude menée à Lagos mentionnée ci-dessus ont dit avoir des rapports sexuels avec une petite amie (46), et un tiers de ceux interrogés au Malawi étaient mariés ou en concubinage avec une femme. Lorsque les rapports sexuels entre hommes sont sanctionnés pénalement, la santé des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et de leurs différents partenaires se trouve compromise, ces hommes ayant alors un accès limité aux services essentiels de santé publique, notamment ceux liés au VIH (47).

2.2.8 La consommation de drogues par injection est un problème croissant dans certains pays

Ce n'est que relativement récemment que la consommation de drogues par injection a été notifiée dans les rapports des pays d'Afrique subsaharienne.

Elle n'est le principal facteur de risque d'infection par le VIH qu'à Maurice (48), où une étude récente a montré que 47 % des consommateurs de drogues par injection étaient séropositifs (49). Cependant, des études menées dans d'autres pays ont également révélé une prévalence élevée de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues par injection : 42 % chez ceux qui ont réalisé un test de dépistage à Dar-es-Salaam (République-Unie de Tanzanie) (50), 16 % à Unguja (Zanzibar, République-Unie de Tanzanie) (51) et 36 % à Nairobi (Kenya) (52). Vu le faible nombre de consommateurs, la consommation de drogues par injection reste cependant un facteur mineur dans les épidémies d'infection à VIH en République-Unie de Tanzanie comme au Kenya.

2.3 Asie

2.3.1 Certains signes montrent un ralentissement de l'épidémie...

Figure 2.17 Nombre de personnes vivant avec le VIH, Asie, 1990-2010

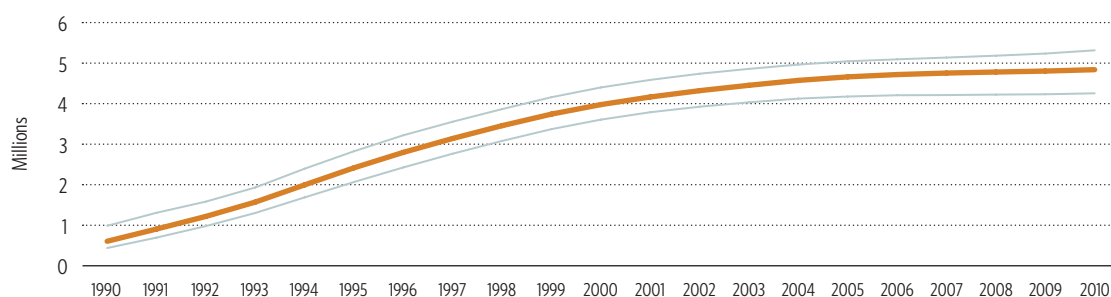


Figure 2.18 Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, Asie, 1990-2010

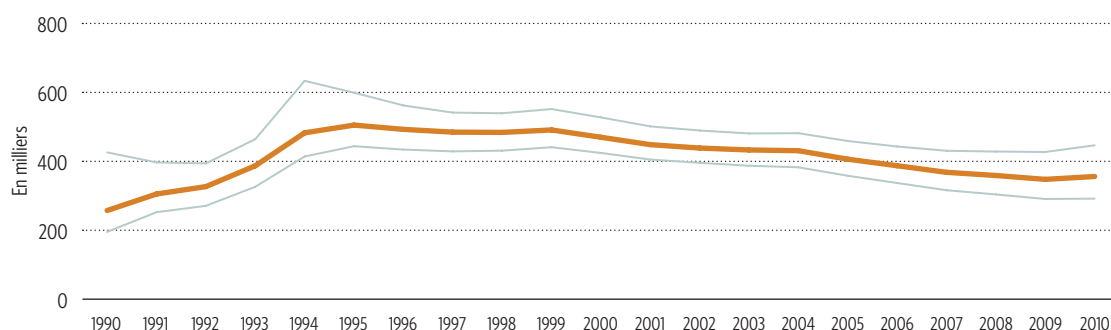


Figure 2.18 Nombre de personnes décédées de causes liées au sida, Asie, 1990-2010

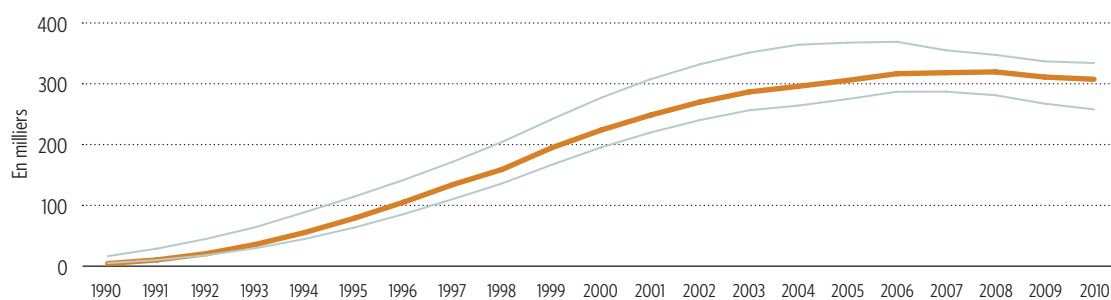
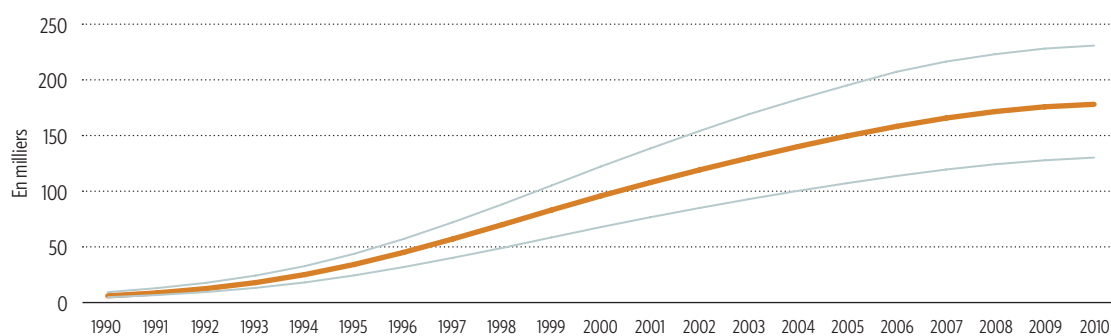


Figure 2.20 Nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH, Asie, 1990-2010



En Asie, le taux de transmission du VIH semble diminuer : selon les estimations, environ 360 000 [300 000–450 000] personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2010, ce qui représente une réduction considérable par rapport à l'estimation de 450 000 [410 000–500 000] personnes pour l'année 2001.

L'incidence de l'infection à VIH dans les épidémies anciennes de l'Asie du Sud et du Sud-Est semble avoir atteint un pic au milieu des années 1990 (avec 440 000 à 465 000 personnes nouvellement infectées chaque année) puis a nettement diminué pour atteindre environ 270 000 [230 000–340 000] personnes contaminées par le VIH en 2010. En Asie de l'Est, l'incidence de l'infection à VIH n'a cependant atteint son maximum qu'au milieu des années 2000 (environ 94 000 personnes nouvellement infectées chaque année en 2004 et 2005) mais a fortement diminué par la suite pour atteindre environ 88 000 [48 000–160 000] personnes nouvellement infectées en 2010.

En Asie, environ 4,8 millions [4 300 000–5 300 000] de personnes vivaient avec le VIH en 2010, soit 11 % de plus que l'estimation de 4,2 millions [3 800 000–4 600 000] de personnes pour l'année 2001 (tableau 2.1, figures 2.17 à 2.20). Si les taux de transmission du VIH ont bien diminué là où les épidémies sont les plus fortes, l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral a permis d'augmenter le taux de survie des personnes vivant avec le VIH. Selon les estimations, 310 000 [260 000–340 000] personnes sont décédées de causes liées au sida en 2010, ce qui représente le plus grand nombre de décès après l'Afrique subsaharienne. De manière globale au niveau de la région, le nombre de victimes est resté relativement stable au cours des dix dernières années, mais il a doublé en Asie orientale en passant de 24 000 [16 000–45 000] en 2001 à 56 000 [40 000–76 000] en 2010.

Sept pays font état d'une estimation d'au moins 100 000 personnes vivant avec le VIH en 2009 : Inde, Chine, Thaïlande (seul pays de la région où la prévalence est proche de 1 %), Indonésie, Viet Nam, Myanmar et Malaisie (les pays sont classés par ordre décroissant du nombre de personnes vivant avec le VIH). Plus de 90 % des personnes séropositives d'Asie vivent dans ces pays, l'Inde comptant à elle seule 49 % des personnes vivant avec le VIH dans l'ensemble de la région.

La proportion de femmes vivant avec le VIH s'est stabilisée autour de 35 % [30–38 %]. Nombre de ces femmes ont été contaminées par le VIH lors de rapports sexuels non protégés avec leur partenaire masculin habituel.

Selon les estimations, le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH a augmenté, passant de 110 000 [75 000–140 000] en 2001 à 180 000 [130 000–230 000] en 2010. Au cours des dix dernières années, le nombre annuel d'enfants décédés de causes liées au sida a oscillé entre 15 000 [9400–21 000] (en 2010) et 17 000 [12 000–24 000] (en 2004), mais semble diminuer lentement.

Globalement, le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH a diminué de 23 % en Asie entre 2001 et 2010, passant de 28 000 [19 000–39 000] à 22 000 [16 000–30 000] selon les estimations. Cela s'explique probablement par une diminution du taux d'incidence de l'infection à VIH dans l'ensemble de cette région et par l'expansion, variable selon les endroits, des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Toutefois, on retrouve une tendance inverse en Asie de l'Est où l'incidence de l'infection à VIH chez l'enfant a augmenté de 31 % au cours de cette même période, le nombre d'enfant nouvellement infectés étant passé de 1600 [1100–2200] à 2200 [1100–3600].

Les tendances générales observées en Asie cachent d'importantes variations dans les épidémies, à la fois entre les différents pays et au sein même des pays. Dans de nombreux pays de cette région, les épidémies nationales sont concentrées dans un nombre relativement limité de provinces. En Chine, par exemple, cinq provinces comptent plus de la moitié (53 %) de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH (53), et une part importante de la charge d'infection à VIH en Indonésie est concentrée dans les provinces de Papouasie et de Papouasie occidentale (54).

Dans cette région, différentes combinaisons associant consommation de drogues par injection, rapports sexuels non protégés entre hommes et rapports sexuels rémunérés non protégés accélèrent l'épidémie, les rapports sexuels rémunérés jouant un rôle particulièrement important dans les épidémies plus avancées.

En Asie, la plupart des épidémies suivent des trajectoires similaires, l'intensité et le rythme de leur progression variant cependant considérablement selon les pays, en fonction du niveau de consommation de drogues par injection et de prise de risque sexuel.

Dans la plupart des pays de cette région, des épidémies d'infection à VIH ont été initialement détectées chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ou chez les consommateurs de drogues par injection. Cependant, après un certain temps, les liens entre consommation de drogues par injection et commerce du sexe (avec à la fois des consommateurs de drogues par injection qui achètent des services sexuels et des professionnel[le]s du sexe qui consomment des drogues par injection) rendent l'épidémie plus importante chez les professionnel[le]s du sexe et leurs clients. Les hommes étant nombreux à acheter des services sexuels, le commerce du sexe devient une composante majeure de l'épidémie au niveau national dans la plupart des pays. Les clients de sexe masculin transmettent ensuite le VIH, moins rapidement mais de manière continue, à leur épouse ou petite amie. Dans l'ensemble de la région, l'épidémie d'intensité modérée observée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes s'est considérablement accélérée ces dernières années. La mobilité, les transformations de la société ainsi que d'autres facteurs (notamment les rencontres par Internet et la consommation de drogues douces)

semblent offrir de nouveaux terrains propices à la propagation du VIH dans cette population.

2.3.2 ... mais les tendances de l'infection à VIH sont variables chez les professionnelles du sexe...

Selon les différentes enquêtes menées auprès de professionnelles du sexe, le taux d'infection variait considérablement dans cette population : en Chine, il était très inférieur à 1 % à Nanning (55) et Shanghai (56) et de 10 % dans la ville de Kaiyuan (57) en 2008 et 2009 ; en 2009, il variait en Inde de 4,6 % à Mumbai et Thane (58) à 24 % chez les professionnelles du sexe qui travaillent dans la rue et 29 % chez leurs homologues travaillant dans des maisons de passe dans certains districts du Maharashtra (59).

Bien qu'il soit encore faible (inférieur à 1 %), le pourcentage de professionnelles du sexe vivant avec le VIH a augmenté en Afghanistan (60), en Indonésie et au Pakistan (61), dans un contexte où la transmission du VIH dans ces pays est en augmentation parmi les consommateurs de drogues par injection et au-delà. Beaucoup de consommateurs de drogues par injection achètent ou vendent aussi des services sexuels, ce qui aggrave le risque de transmission du VIH. Dans certains endroits, comme à Cebu (Philippines), Hô-Chi-Minh-Ville (Viet Nam) et certaines parties du sud de la Chine, la prévalence chez les professionnelles du sexe consommatrices de drogues par injection est beaucoup plus élevée que chez les professionnelles du sexe qui n'en consomment pas. L'examen d'études menées en Chine a par exemple montré que, selon les endroits, 12 à 49 % des professionnelles du sexe également consommatrices de drogues par injection vivent avec le VIH (62).

Cependant, des données de plus en plus nombreuses montrent également que des programmes intensifs de prévention de l'infection à VIH chez les professionnelles du sexe peuvent être très efficaces. Dans le Karnataka (Inde), un programme de prévention a été associé à une baisse de la prévalence de l'infection à VIH de 25 % à 13 % entre 2004 et 2009 chez les professionnelles du sexe dans trois districts déterminés (63) et de 1,4 % à 0,8 % entre 2004 et 2008 chez les jeunes femmes vues en consultation prénatale dans 18 districts (64). À Mumbai et Thane, un programme similaire s'est accompagné d'une baisse de cette prévalence chez les professionnelles du sexe travaillant dans des maisons de passe, passant de 45 % en 2004 à 13 % en 2010 (58).

En Asie, les clients des professionnelles du sexe forment la plus importante population clé parmi celles particulièrement exposées au VIH : on estime que, selon les pays, 0,5 % à 15 % des hommes adultes de la région achètent des services sexuels (65–70). Certaines études récentes révèlent dans quelles proportions les clients sont touchés par l'infection à VIH : dans cette population, la prévalence de l'infection à VIH était de 1,5 % dans trois villes de la province chinoise du Sichuan en 2008 (71) et de 5,6 % dans six districts de l'État indien du Karnataka en 2010 (72). Dans une étude menée dans huit villes du Cambodge auprès d'hommes fréquentant des bars, des bars à bière et des salons de massage (endroits où il est souvent possible d'acheter

des services sexuels), la prévalence de l'infection à VIH chez les hommes qui ont signalé avoir des partenaires sexuels autres que leur conjointe ou leur petite amie était de 1,6 % (soit trois fois la prévalence retrouvée au niveau national) (73).

2.3.3 ... un pourcentage important des consommateurs de drogues par injection sont infectés...

Chez les consommateurs de drogues par injection, la prévalence de l'infection à VIH est encore très élevée dans plusieurs pays et en augmentation dans d'autres. Selon les estimations, le nombre de consommateurs de drogues par injection en Asie est de 4,5 millions, dont plus de la moitié vit en Chine (74).

En Asie, on estime globalement qu'un consommateur de drogues sur six (16 %) vit avec le VIH (74) ; mais la prévalence de cette infection est beaucoup plus élevée dans certains endroits.

Selon de récentes études locales, la proportion de séropositifs parmi les consommateurs de drogues par injection oscillait entre 11 % et 24 % en Thaïlande (75), et entre 23 % et 58 % dans différentes provinces du Viet Nam (76–78) ; elle atteignait plus de 50 % dans certaines parties de l'Indonésie (54), et respectivement 23 % et 52 % dans les villes de Rawalpindi et Mandi Bahauddin au Pendjab (Pakistan) (79). (D'après des études de surveillance sentinelle menées antérieurement en Thaïlande, la prévalence de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues par injection variait entre 30 % et 50 % (80).) En Chine, la prévalence de l'infection à VIH dans cette population varie considérablement, de moins de 1 % dans les villes de Haikou, Hangzhou, Qingdao et Shanghai, à 2,6 % à Beijing, 7,5 % à Chongqing et 16 % à Kunming (81).

Dans la plupart des pays de la région, l'introduction puis l'expansion des programmes de réduction des risques se sont faites lentement. Dans un tel contexte, la prévalence de l'infection à VIH tend à augmenter considérablement ; cela a été le cas au Pakistan où elle est passée de 11 % en 2005 à 21 % en 2008 (82), et à Cebu (Philippines) où elle est passée de 0,6 % en 2009 à 53 % en 2011 (83). Beaucoup de consommateurs de drogues par injection sont sexuellement actifs, mais le taux d'utilisation régulière du préservatif a tendance à être faible dans cette population (84–87). Par conséquent, bon nombre de leurs partenaires sexuels sont à risque de vivre avec le VIH. Une étude menée à Hanoi (Viet Nam) en 2008 a par exemple retrouvé que 14 % des partenaires sexuels de consommateurs de drogues par injection étaient infecté(e)s par le VIH (88).

Toutefois, les données indiquent également que les actions menées pour réduire les risques portent leurs fruits en Asie. À Dhaka, capitale du Bangladesh, des programmes de réduction des risques ont permis un ralentissement de la propagation du VIH chez les consommateurs de drogues par injection (89). Dans cette population clés particulièrement exposée au VIH, la prévalence est passée de 1,4 % en 2000 à 7 % en 2007 (90), mais les données de modélisation suggèrent qu'elle aurait pu dépasser 40 % si ces programmes

n'avaient pas été mis en place. Dans la province de Lang Son au Viet Nam, un programme d'échange d'aiguilles et de seringues et d'éducation par les pairs a permis de diminuer la prévalence de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues par injection, qui est passée de 46 % en 2002 à 23 % en 2010. Au cours de la même période, un programme similaire a été associé à une baisse de la prévalence (qui est passée de 17 % à 11 %) dans le comté de Ning Ming (province chinoise de Guangxi) (91). En Malaisie, la prévalence de l'infection à VIH était beaucoup moins élevée (4 %) chez les participants à un programme de traitement et de soutien par la méthadone que dans la population plus générale de consommateurs de drogues par injection (22 %) (92).

2.3.4 ... et l'épidémie chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est en augmentation

Les épidémies chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes sont en augmentation dans toute la région. En Thaïlande, cette facette de l'épidémie a été largement ignorée jusqu'à ce qu'une étude révèle en 2003 une prévalence de l'infection à VIH de 17 % dans cette population à Bangkok (93). Des études ultérieures ont retrouvé une prévalence de 31 % en 2007 et 25 % en 2009 (93). Une étude récente menée sur une période de trois ans a retrouvé une incidence de l'infection à VIH de 6 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans cette ville (94).

Une prévalence élevée (oscillant entre 8 % et 32 %) a été retrouvée dans des enquêtes menées auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes vivant en milieu urbain ; cette prévalence était de 8 % à Jakarta (Indonésie) (95), atteignait 18 % dans le sud de l'Inde (96) et 29 % au Myanmar (97) et au Viet Nam. Sur la base d'un examen récent d'études réalisées en Chine, la prévalence de l'infection à VIH au niveau national chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes a été estimée à 5,3 % (98), ce qui est considérablement plus élevé que la prévalence dans la population générale au niveau national estimée à 1,8 % dans une autre étude menée en 2004-2005 (99). La prévalence semble être plus élevée dans le sud-ouest de la Chine (100). Aux Philippines, des flambées d'infection à VIH ont été signalées dans ce groupe de population dans la zone métropolitaine de Manille (prévalence de 2 % en 2010), à Cebu (5 % en 2010) et dans d'autres villes (101).

Les données sur les hommes professionnels du sexe et les personnes transgenres sont rares mais montrent une prévalence très élevée de l'infection à VIH dans ces populations. Un test de dépistage réalisé chez des participants à différentes enquêtes a par exemple retrouvé une séroprévalence allant de 9 % à 25 % chez des hommes professionnels du sexe en Chine (102), en Indonésie et en Thaïlande, de respectivement 34 % et 16 % chez des professionnels du sexe transgenres (hijra) à Jakarta (Indonésie) et à Mumbai (Inde), et de 14 % des personnes transgenres à Bangkok (Thaïlande) (103).

2.4 Europe orientale et Asie centrale

2.4.1 Une épidémie qui continue à progresser

Figure 2.21 Nombre de personnes vivant avec le VIH, Europe orientale et Asie centrale, 1990-2010

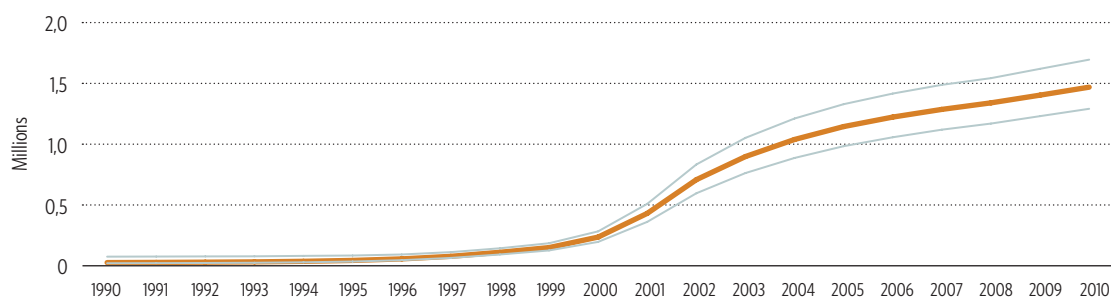


Figure 2.22 Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, Europe orientale et Asie centrale, 1990-2010

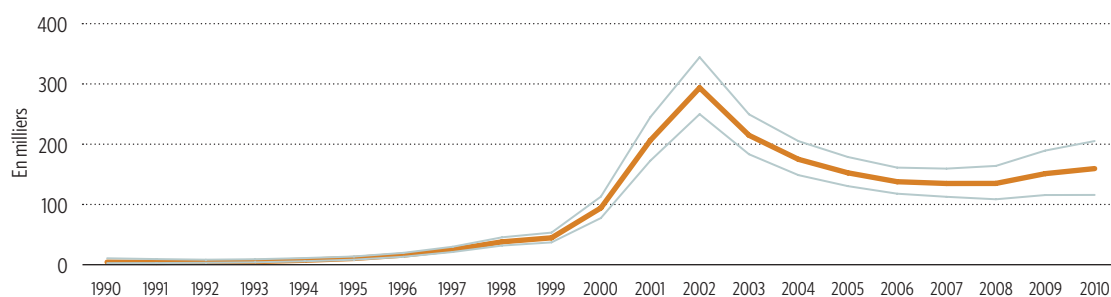


Figure 2.23 Nombre de personnes décédées de causes liées au sida, Europe orientale et Asie centrale, 1990-2010

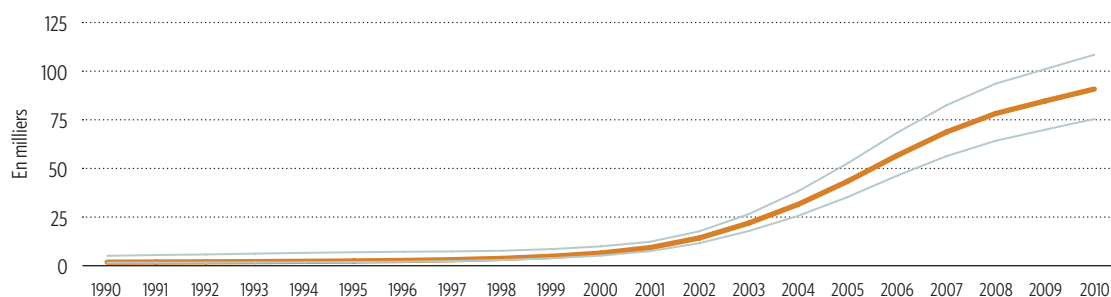
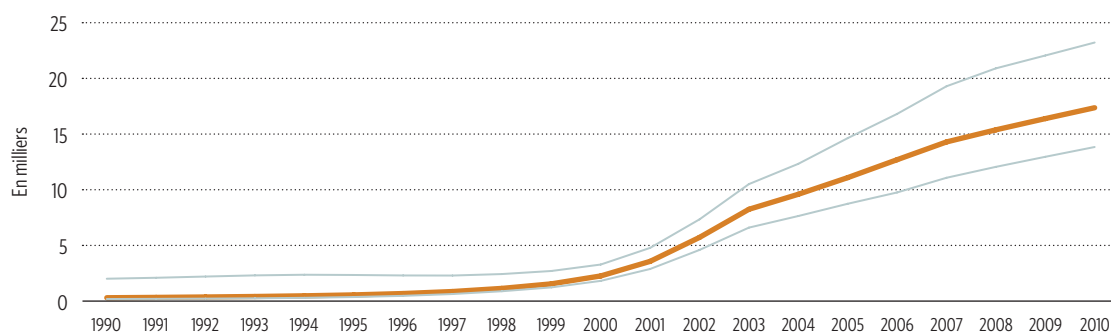


Figure 2.24 Nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH, Europe orientale et Asie centrale, 1990-2010



Avec un accroissement de 250 %, le nombre de personnes vivant avec le VIH a explosé depuis 2001 en Europe orientale et en Asie centrale, passant d'environ 410 000 [340 000-490 000] à 1,5 million [1 300 000-1 700 000] en 2010 (tableau 2.1, figures 2.21 à 2.24). Ce phénomène s'explique par l'augmentation rapide du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH au tournant du siècle. L'incidence annuelle de l'infection à VIH a baissé de façon spectaculaire après 2002, mais est à nouveau en augmentation depuis ces dernières années. Selon les estimations, 160 000 [110 000-200 000] personnes ont été contaminées par le VIH en 2010 – soit 23 % de moins qu'en 2001 où l'estimation était de 210 000 [170 000-240 000] personnes, mais plus que l'estimation de 130 000 [110 000-160 000] personnes nouvellement infectées chaque année en 2007 et 2008.

En 2009, la prévalence de l'infection à VIH chez l'adulte était de 1 % [0,9-1,2 %] en Fédération de Russie et de 1,1 % [1,0-1,3 %] en Ukraine. Ensemble, ces deux pays comptent près de 90 % des personnes chez qui, selon les rapports, une infection à VIH a été nouvellement diagnostiquée dans cette région (104), et comptent deux fois plus de personnes vivant avec le VIH qu'en Europe occidentale et en Europe centrale réunies (105).

Globalement, les femmes représentaient environ 35 % [30-40 %] des adultes vivant avec le VIH en Europe orientale et en Asie centrale en 2010 (104). Bien que cette proportion soit restée relativement stable depuis le début du siècle, le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH a augmenté d'environ un cinquième entre 2001 et 2010, passant de 1800 [1500-2300] à 2200 [1700-2900]. Au cours de la même période, l'estimation du nombre total d'enfants vivant avec le VIH a été multipliée par cinq, passant de 3400 [2800-4700] à 17 000 [14 000-23 000], et le nombre d'enfants décédés de causes liées au sida a plus que doublé, passant de moins de 500 [< 500-< 1000] à près de 1200 [< 1000-1800].

Contrairement à la plupart des autres régions, le nombre de personnes décédées de causes liées au sida continue d'augmenter en Europe orientale et en Asie centrale. Selon les estimations, l'épidémie d'infection à VIH a fait 83 000 [69 000-100 000] victimes de causes liées au sida en 2010, soit 11 fois plus que les 7800 [6000-11 000] victimes de l'année 2001.

Dans cette région, l'épidémie a commencé à se répandre rapidement à la fin des années 1990 chez les consommateurs de drogues par injection, puis chez leurs partenaires sexuels. On estime que 39 % à 50 % des 230 000 à 369 000 consommateurs de drogues par injection d'Ukraine vivent avec le VIH (106), et qu'il en va de même pour plus d'un tiers (37 %) des 1,5 million à 2 millions consommateurs de drogues par injection de Fédération de Russie (104).

2.4.2 La prévalence de l'infection à VIH est très élevée chez les consommateurs de drogues par injection

Aucun signe n'indique pour l'instant que l'épidémie a atteint son maximum dans cette région (104). Chez les consommateurs de drogues par injection de Saint-

Pétersbourg (Fédération de Russie), l'incidence de l'infection à VIH était par exemple de 8,1 pour 100 personnes-années en 2009 – soit presque le double du taux observé cinq ans auparavant (107). Le nombre signalé d'infections à VIH nouvellement diagnostiquées a augmenté au Kirghizistan, au Tadjikistan, au Turkménistan et en Ouzbékistan (104). Des études locales continuent de révéler une prévalence de l'infection à VIH très élevée chez les consommateurs de drogues par injection : jusqu'à 59 % à Saint-Pétersbourg et 64 % à Ekaterinbourg (Fédération de Russie) (108), une moyenne de 32 % dans 16 villes d'Ukraine (109) et 42 % à Balti (République de Moldova) (110).

Une grande partie de ces personnes vivant avec le VIH ne sont pas diagnostiquées : 53 % des consommateurs de drogues par injection participant à une étude à Saint-Pétersbourg où ils ont été testés positifs au VIH ne savaient pas qu'ils étaient séropositifs ; 73 % étaient dans le même cas à Ekaterinbourg et 80 % à Omsk (trois villes de Fédération de Russie) (108).

Jusqu'à un tiers des professionnelles du sexe en Fédération de Russie consommeraient des drogues par injection (111). La combinaison rapports sexuels non protégés et consommation de drogues par injection accroît le risque de contamination par le VIH et de transmission de cette infection. En Ukraine, on a observé une prévalence de l'infection à VIH de 43 % chez les professionnelles du sexe qui consomment des drogues par injection contre 8,5 % chez les professionnelles du sexe qui n'en consomment pas (112). On estime que 35 % des femmes vivant avec le VIH ont probablement été contaminées lors de la consommation de drogues par injection, et aussi que 50 % d'entre elles ont probablement été infectées par des partenaires qui consomment des drogues par injection (113). En d'autres termes, l'utilisation de matériel d'injection non stérile reste le principal déterminant de l'épidémie dans cette région.

En Fédération de Russie, on estime que 72 % des personnes vivant avec le VIH ont moins de 30 ans (114). Cependant, la prévalence de l'infection à VIH chez les personnes qui ont commencé récemment la consommation de drogues par injection semble être en déclin en Ukraine (115). Globalement, dans la région, la plupart des personnes nouvellement diagnostiquées comme vivant avec le VIH ont entre 30 et 39 ans (116).

Dans certains pays, une proportion importante de femmes se livrant au commerce du sexe sont encore adolescentes. On estime qu'environ 20 % des femmes vendant des services sexuels en Ukraine (117) ont moins de 19 ans, et on a retrouvé une prévalence de l'infection à VIH de 19 % chez celles âgées de 15 à 19 ans (118). Dans certains pays, les enfants des rues sont aussi particulièrement exposés : dans une étude récente menée dans les villes de Donetsk, Kiev et Odessa (Ukraine), la prévalence de l'infection à VIH chez les enfants des rues à la fois orphelins et sans abri atteignait 28 % (119).

Les données disponibles indiquent que les rapports sexuels non protégés entre hommes contribuent de façon mineure aux épidémies dans cette région ; ils

sont à l'origine de l'infection chez moins de 1 % des personnes nouvellement diagnostiquées comme étant infectées par le VIH et chez qui la voie de transmission a été identifiée (116). Toutefois, les données officielles minimisent probablement l'état actuel de la situation. D'après des enquêtes de petite taille menées chez

des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, la prévalence de l'infection à VIH atteint dans cette population 5 % en Géorgie, 6 % en Fédération de Russie (120) (et 16 % chez les hommes professionnels du sexe à Moscou (121)), et oscille entre 4 % (à Kiev) et 23 % (à Odessa) en Ukraine (106).

2.5 Caraïbes

2.5.1 Le nombre de personnes nouvellement infectées et le nombre de personnes décédées de causes liées au sida sont en diminution

Figure 2.25 Nombre de personnes vivant avec le VIH, Caraïbes, 1990-2010

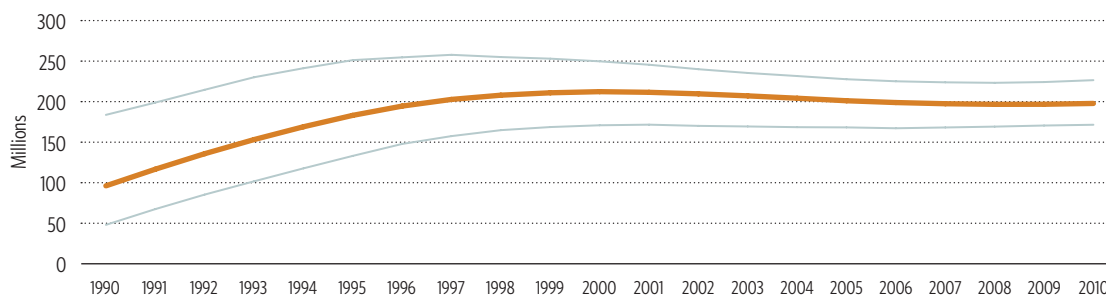


Figure 2.26 Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, Caraïbes, 1990-2010

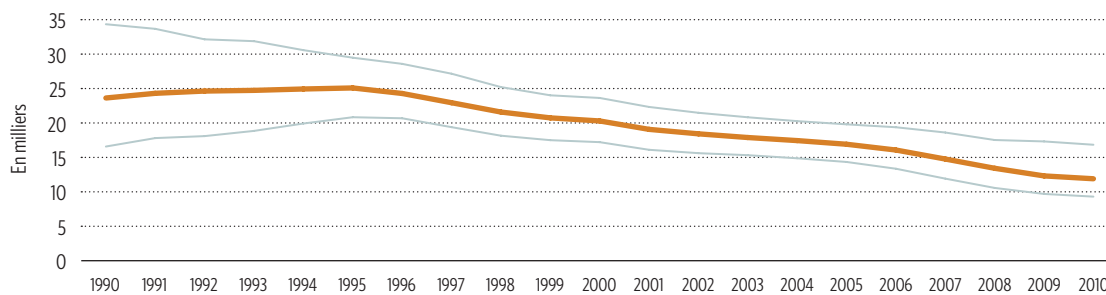


Figure 2.27 Nombre de personnes décédées de causes liées au sida, Caraïbes, 1990-2010

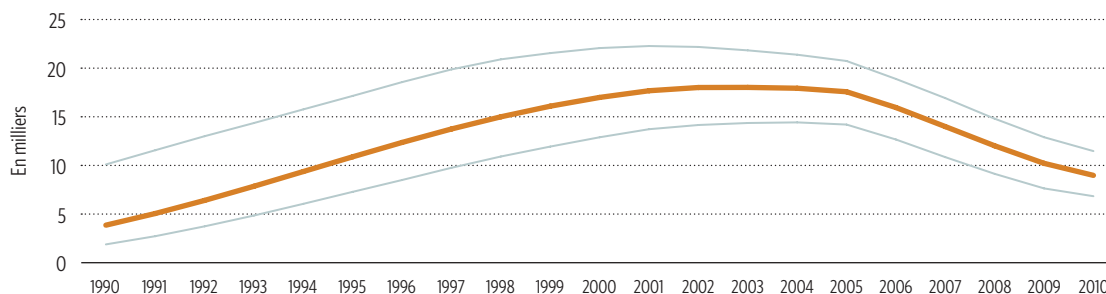
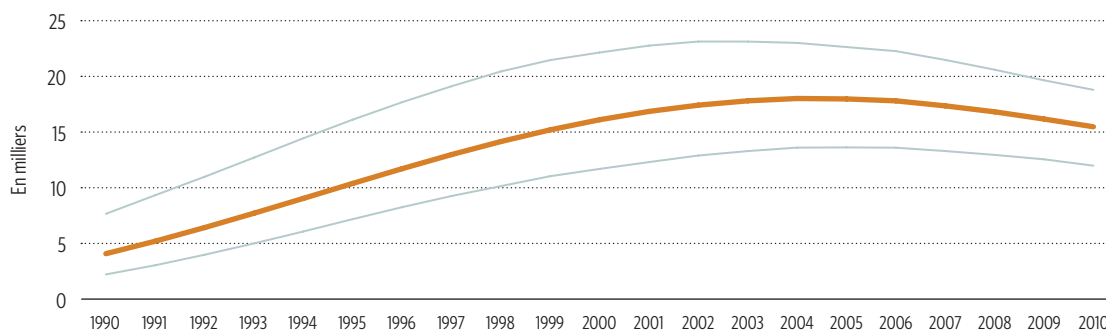


Figure 2.28 Nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH, Caraïbes, 1990-2010



Dans les Caraïbes, l'épidémie a sensiblement ralenti depuis le milieu des années 1990. L'estimation de 12 000 [9400-17 000] personnes nouvellement infectées par le VIH en 2010 représente une diminution de plus d'un tiers par rapport aux 19 000 [16 000-22 000] personnes contaminées par le VIH en 2001. Depuis 2001, l'incidence de l'infection à VIH a diminué d'environ 25 % en République dominicaine et en Jamaïque, et d'environ 12 % en Haïti.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH a également diminué légèrement depuis le début des années 2000 – passant d'environ 210 000 [170 000-240 000] à 200 000 [170 000-220 000] en 2010, soit environ 1 % [0,9-1,1 %] de la population adulte (tableau 2.1, figures 2.25 à 2.28). La prévalence de l'infection à VIH chez l'adulte dépasse 1 % dans cinq des sept grands pays de la région (122).

L'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral a permis une diminution considérable du nombre de décès dus au sida. Selon les estimations, les 9000 [6900-12 000] personnes dont le décès était dû au sida en 2010 représentent environ la moitié des 18 000 [14 000-22 000] personnes décédées de cause similaire en 2001.

En dehors de l'Afrique subsaharienne, les Caraïbes sont la seule région où, chez l'adulte, un plus grand nombre de femmes que d'hommes vivent avec le VIH. On estime qu'en 2010, 53 % [47-61 %] des adultes vivant avec le VIH étaient des femmes, proportion stable depuis la fin des années 1990. Cela s'explique principalement par le mode d'infection en Haïti (qui compte la plus forte épidémie dans la région), aux Bahamas, au Belize et en République dominicaine (123). Dans la plupart des autres pays de la région, on retrouve un plus grand nombre d'hommes que de femmes vivant avec le VIH.

La diminution de l'incidence de l'infection à VIH et l'élargissement de l'accès aux services permettant de prévenir la transmission mère-enfant de cette infection a conduit, entre 2001 et 2010, à une baisse de 60 % du nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH (passant de 2900 [2200-3600] à 1200 [< 1000-1700]), et à une diminution de 47 % du nombre d'enfants décédés de causes liées au sida (passant de 1900 [1400-2400] à 1000 [< 1000-1300]). Toutefois, les progrès ne sont pas uniformes dans toute la région. La couverture des programmes de prévention de la transmission mère-enfant est encore faible dans certains pays comme les Bahamas, le Belize et Haïti, mais relativement élevée à la Barbade, en République dominicaine et au Guyana.

L'île d'Hispaniola, partagée entre la République dominicaine et Haïti, compte environ 70 % (182 000) des personnes vivant avec le VIH dans cette région. Les données indiquent que les épidémies ont diminué dans ces deux pays au cours de la dernière décennie (124,125). La charge d'infection à VIH varie cependant considérablement d'un pays à l'autre de la région. Par exemple, la prévalence de l'infection à VIH chez l'adulte en 2009 était très faible à Cuba (0,1 % [0,08-0,13 %]), alors qu'elle était de 3,1 % [1,2-5,4 %] aux Bahamas.

On retrouve également des variations à l'intérieur d'un même pays. En Jamaïque, la prévalence de l'infection à VIH est par exemple plus élevée dans les paroisses de Saint-James, Kingston et Saint-Andrew (126) ; en Haïti, elle est plus élevée dans les départements des Nippes et du Nord (127). Dans les communautés de travailleurs des plantations de canne à sucre (bateyes) de République dominicaine, la prévalence de l'infection à VIH est près de quatre fois supérieure à la moyenne nationale (128).

2.5.2 Les rapports sexuels non protégés sont la principale voie de transmission du VIH

Les rapports sexuels non protégés entre hommes et femmes et entre hommes – y compris les rapports sexuels rémunérés – sont les principales causes de transmission du VIH dans cette région (129). La prévalence de l'infection à VIH chez les professionnelles du sexe varie considérablement – de 2 % en République dominicaine (130) et 5 % en Jamaïque (123) à 17 % dans certaines parties du Guyana et 24 % dans certaines parties du Suriname (123).

On retrouve des rapports sexuels non protégés entre hommes dans toutes les épidémies de la région, mais ils sont rarement reconnus comme facteur de risque. D'après différentes études menées depuis 2005, la prévalence de l'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes était comprise entre plus de 5 % dans quatre villes principales de la République dominicaine en 2008 (131) à près de 7 % au Suriname, 8 % aux Bahamas et 19 % au Guyana. Selon des résultats préliminaires, 33 % des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont participé à une étude menée en Jamaïque en 2011 étaient séropositifs (ils étaient 32 % dans une autre étude menée en 2007) (132).

Dans beaucoup de pays des Caraïbes, les rapports sexuels entre hommes sont encore criminalisés (133). Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont également des rapports sexuels avec des femmes. Par exemple, un tiers des hommes ayant participé à l'étude menée en Jamaïque et citée ci-dessus ont déclaré avoir également eu des rapports sexuels avec des femmes au cours de l'année précédente (132).

Aux Bermudes et à Porto Rico, la consommation de drogues par injection dans de mauvaises conditions d'hygiène contribue dans une large mesure à la propagation du VIH. À Porto Rico, on estime que du matériel d'injection contaminé a été la cause de l'infection chez environ 40 % des hommes et 27 % des femmes nouvellement infectés par le VIH en 2006 (134). Les consommateurs de crack (cocaïne) s'avèrent être un autre groupe clé particulièrement touché. Dans cette population, la prévalence de l'infection à VIH est de 5 % en Jamaïque et de 7 % à Sainte-Lucie. Des études montrent que les consommateurs de crack (cocaïne) vendent souvent des services sexuels pour financer la drogue qu'ils consomment et semblent peu enclins à adopter systématiquement des comportements sexuels à moindre risque (135,136).

La criminalisation de la consommation de drogues et des rapports sexuels entre hommes, ainsi que les rapports sexuels non protégés sous la contrainte, ont probablement favorisé la forte prévalence de l'infection

à VIH observée dans les lieux de détention de certains pays ; celle-ci est par exemple de 3 % dans le plus grand établissement correctionnel de Jamaïque (137) et de près de 5 % au Belize (123) et au Guyana (138).

2.6 Amérique latine

2.6.1 Une épidémie globalement stable

Figure 2.29 Nombre de personnes vivant avec le VIH, Amérique latine, 1990-2010

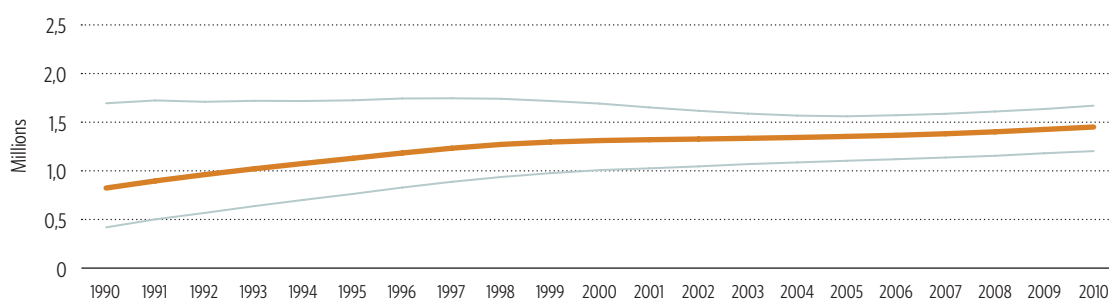


Figure 2.30 Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, Amérique latine, 1990-2010

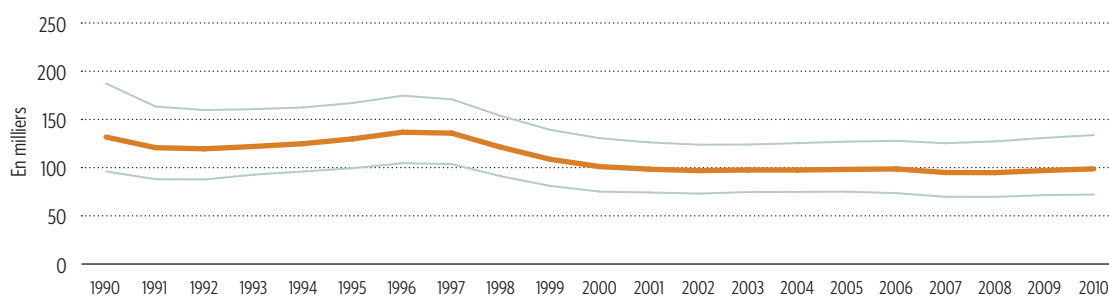


Figure 2.31 Nombre de personnes décédées de causes liées au sida, Amérique latine, 1990-2010

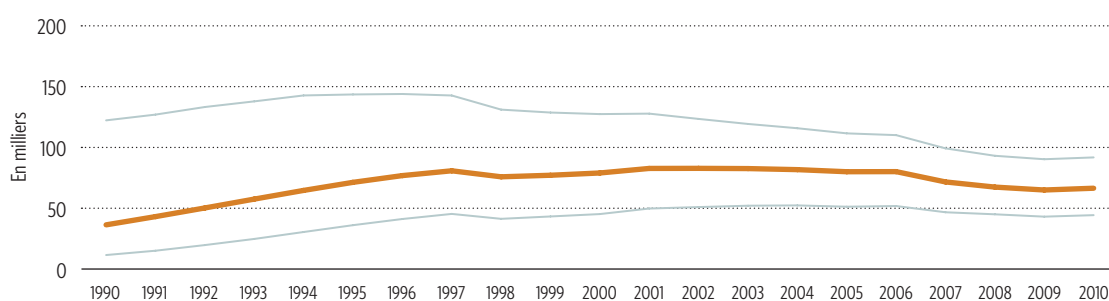
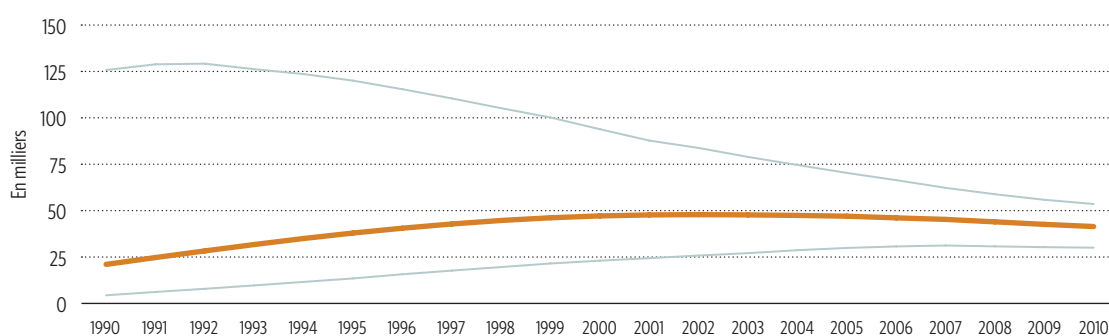


Figure 2.32 Nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH, Amérique latine, 1990-2010



En Amérique latine, les épidémies d'infection à VIH sont généralement stables (tableau 2.1, figures 2.29 à 2.32). La diminution régulière du nombre annuel de personnes nouvellement infectées par le VIH observée depuis 1996 s'est stabilisée au début des années 2000.¹ Depuis, l'estimation du nombre annuel de personnes contaminées par le VIH a oscillé entre 99 000 [75 000-130 000] et 100 000 [73 000-140 000] (ce dernier chiffre correspondant à l'estimation pour l'année 2010).

Le nombre total de personnes vivant avec le VIH dans cette région continue d'augmenter ; il a atteint 1,5 million [1 200 000-1 700 000] en 2010, contre 1,3 million [1 000 000-1 700 000] en 2001. Cette hausse est en partie imputable à l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral ; ce dernier contribue en effet à la diminution du nombre annuel de personnes décédées de causes liées au sida et estimé à 67 000 [45 000-92 000] en 2010, alors qu'il atteignait 83 000 [50 000-130 000] lors du pic observé en 2001-2003. Dans cette région, les femmes comptaient en 2010 pour plus d'un tiers (36 %) des adultes vivant avec le VIH.

Le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH dans cette région a diminué, passant d'environ 47 000 [23 000-94 000] en 2001 à 42 000 [30 000-54 000] en 2010. Au cours de la même période, le nombre d'enfants nouvellement infectés a lui aussi considérablement diminué (de 6300 à 3900, soit une réduction de 38 %) ; le nombre d'enfants décédés de causes liées au sida a suivi la même tendance (passant de 4400 à 2700, soit une réduction de 39 %).

En Amérique centrale et en Amérique du Sud, environ un tiers des personnes séropositives vivent au Brésil, pays le plus peuplé de la région. La prévalence du VIH chez l'adulte dans ce pays n'a cependant jamais atteint 1 %. Grâce à une riposte précoce et bien coordonnée, une protection des droits humains et un accent particulier sur la prévention de l'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues par injection et les professionnelles du sexe, des programmes reposant sur des bases factuelles ont permis à ce pays d'éviter une épidémie d'infection à VIH beaucoup plus sévère (139).

2.6.2 Les rapports sexuels non protégés entre hommes aggravent l'épidémie

Dans la plupart des épidémies d'infection à VIH de cette région, le virus se propage principalement à l'intérieur et autour des réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. D'après des enquêtes menées au cours de la dernière décennie, la prévalence de l'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes atteignait ou dépassait 10 % dans 9 des 14 pays de la région, et atteignait 19 % dans certaines zones de Colombie et de l'Uruguay, 21 % en Bolivie (140) et plus de 12 %

en moyenne dans 10 villes du Brésil (141) et trois villes du Honduras où des études ont été menées (142). Un examen systématique de la littérature (143) a conclu que dans 15 pays d'Amérique latine et d'Amérique centrale, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes avaient un risque 33 fois supérieur de vivre avec le VIH que les hommes de la population générale.

Une étude de cohorte longitudinale menée en 2010 dans les deux plus grandes provinces du Nicaragua (Managua et Chinandega) a trouvé une incidence de 3 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, dont seulement un tiers déclaraient utiliser régulièrement un préservatif (144). En 2009, une étude a rapporté une incidence de 3,5 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont consulté dans des dispensaires publics à Lima (Pérou) (145). À San Pedro Sula (Honduras), 9 % des hommes âgés de 18 à 24 ans ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes vivaient avec le VIH, ce qui indique des taux élevés de transmission du VIH (146).

Il n'existe que très peu de données sur les tendances de l'infection à VIH chez les professionnels du sexe qui sont des hommes ou des personnes transgenres. Une étude menée dans 13 villes en Argentine a retrouvé des taux d'incidence alarmants de 10,7 pour 100 personnes-années chez les professionnels du sexe transgenres et 2,3 pour 100 personnes-années chez les hommes professionnels du sexe (147). Un tiers (34 %) des professionnels du sexe transgenres vivaient avec le VIH (148). À Campinas (Brésil), une étude menée en 2008 a retrouvé une prévalence de l'infection à VIH de 14 % chez les hommes professionnels du sexe (contre 6 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) (149).

Un grand nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont également des rapports sexuels avec des femmes. Dans l'étude menée en 2010 au Nicaragua et mentionnée ci-dessus (144), 40 % des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes à Managua et 57 % à Chinandega ont par exemple déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des femmes au cours de l'année précédente.

Rares sont les programmes nationaux de lutte contre le VIH qui accordent une priorité suffisante à la prévention et au traitement de l'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Sur les 12 pays qui ont déclaré financer des activités de prévention de l'infection à VIH, seul le Pérou a consacré plus de 5 % de ses dépenses de prévention à des programmes ciblant les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (150). L'insuffisance des ressources allouées est particulièrement flagrante en Amérique centrale et dans les pays Andins (151).

D'une manière générale, les pays ont été plus enclins à lutter contre la transmission du VIH lors des rapports sexuels rémunérés - avec succès dans certains endroits. Des taux élevés d'utilisation du préservatif et une prévalence de l'infection à VIH de zéro ont été signalés chez les professionnelles du sexe à Santiago (Chili) (152) ; au Guatemala, des taux élevés d'utilisation du préservatif sont allés de pair avec une diminution de

1 Les estimations publiées dans le passé par l'ONUSIDA pour l'Amérique latine ne comprenaient pas le Mexique, qui est maintenant inclus dans cette région. Ces dernières estimations remplacent donc celles publiées dans le passé par l'ONUSIDA (y compris les estimations des années précédentes).

l'incidence de l'infection à VIH chez les professionnelles du sexe (incidence passant de 1,85 pour 100 personnes-années en 2005 à 0,4 en 2008) (153). La prévalence de l'infection à VIH était quant à elle de 3 % chez 317 professionnelles du sexe ayant fait un test de dépistage dans une étude récente menée à Buenos Aires (Argentine) (154), et l'incidence annuelle était de 0,8 % chez les professionnelles du sexe à Managua et Chinandega (Nicaragua) en 2009 (155).

Des études ont également retrouvé chez les professionnelles du sexe une prévalence élevée d'infections sexuellement transmissibles (en particulier d'infection par le virus de l'herpès simplex de type 2, considéré comme pouvant augmenter le risque de contamination par le VIH), ce qui indique que les rapports sexuels rémunérés non protégés sont loin d'être exceptionnels. La prévalence du virus de l'herpès simplex de type 2 était par exemple de 77 % dans la ville de Panama dans une étude menée en 2009-

2010 (156), et de 76 % et 84 % dans l'étude menée dans deux provinces du Nicaragua (155).

La consommation de drogues par injection est une autre voie importante de transmission du VIH dans cette région, en particulier dans le Cône austral de l'Amérique du Sud et au Mexique (où l'épidémie d'infection à VIH est importante, avec environ 220 000 adultes et enfants vivant avec le VIH en 2009). L'effet conjugué de la consommation de drogues et du commerce du sexe semble être un facteur important dans l'épidémie au Mexique, en particulier le long de la frontière avec les États-Unis d'Amérique (157). En 2007, la prévalence de l'infection à VIH était de 12 % chez les professionnelles du sexe consommatrices de drogues par injection de Tijuana et Ciudad Juarez (158). Il existe très peu de données récentes sur les tendances de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues par injection dans les autres pays de cette région.

2.7 Amérique du Nord et Europe occidentale et centrale

2.7.1 Une épidémie généralement stable

Figure 2.33 Nombre de personnes vivant avec le VIH, Amérique du Nord et Europe occidentale et centrale, 1990–2010

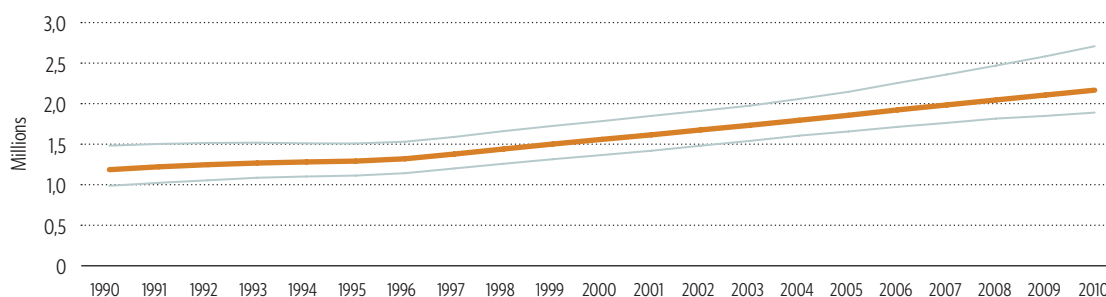


Figure 2.34 Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, Amérique du Nord et Europe occidentale et centrale, 1990–2010

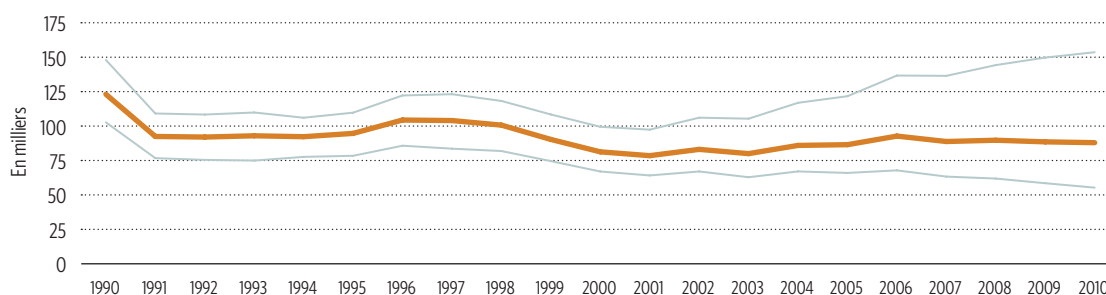
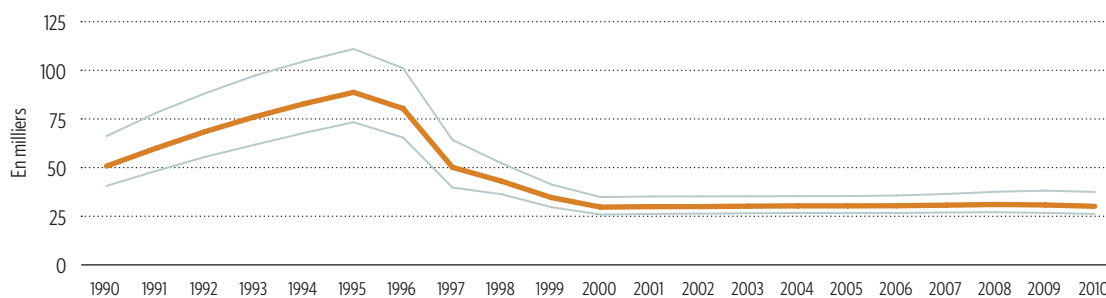


Figure 2.35 Nombre de personnes décédées de causes liées au sida, Amérique du Nord et Europe occidentale et centrale, 1990–2010



L'épidémie d'infection à VIH en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale reste globalement stable, l'incidence de cette infection ayant peu évolué depuis 2004. Selon les estimations, 88 000 [56 000–150 000] personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2010, la majorité vivant aux États-Unis d'Amérique. Selon les Centres de Lutte contre la Maladie (CDC) aux États-Unis d'Amérique, l'incidence de l'infection à VIH a été relativement stable dans ce pays au cours de ces dernières années, avec 48 600 à 56 000 personnes contaminées chaque année par le VIH entre 2006 et 2009 (159).

L'estimation du nombre total de personnes vivant avec le VIH en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale a atteint 2,2 millions [1 900 000–2 700 000] en 2010, soit environ un tiers (34 %) de plus que l'estimation de 1,6 million [1 400 000–1 800 000] pour l'année 2001 (tableau 2.1, figures 2.33 à 2.35). Dans cette région, plus de la moitié (environ 1,2 million) des personnes séropositives vivent aux États-Unis d'Amérique.

Le nombre croissant de personnes vivant avec le VIH s'explique par la disponibilité à grande échelle du

traitement antirétroviral, en particulier dans les pays les plus touchés, qui a permis de réduire de manière considérable la mortalité liée au sida. Bien que le nombre de personnes vivant avec le VIH ait augmenté de 34 %, le nombre de personnes décédées de causes liées au sida n'a que peu varié depuis l'année 2000 ; il est estimé à environ 30 000 [26 000–37 000] pour l'année 2010.

Les tendances récentes de l'épidémie varient au sein de cette région. Entre 2000 et 2009, le nombre de cas d'infection à VIH diagnostiqués a doublé en Bulgarie, en Hongrie, en Lituanie, en République tchèque, en Slovaquie et en Slovénie ; il a augmenté de plus de 50 % au Royaume-Uni (116). Ce nombre a en revanche diminué de plus de 20 % en Lettonie, au Portugal et en Roumanie (116).¹

2.7.2 Les rapports sexuels non protégés entre hommes aggravent la transmission du VIH

Dans cette région, les rapports sexuels non protégés entre hommes restent le principal déterminant de la transmission du VIH (116), la consommation de drogues par injection et les rapports sexuels non protégés rémunérés étant des facteurs mineurs. Aux États-Unis d'Amérique, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes représentent par exemple environ 2 % de la population totale, mais comptent pour 57 % des personnes nouvellement infectées (160,161). En 2006–2009, l'incidence de l'infection à VIH a augmenté dans ce pays chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, notamment dans la population africaine-américaine (159).

Du fait de cette caractéristique de l'épidémie, les hommes sont donc plus nombreux que les femmes à vivre avec le VIH dans cette région. En 2010, 26 % des personnes vivant avec le VIH en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale étaient des femmes, proportion qui a peu changé depuis la fin des années 1990.

Il semble que l'on assiste à une résurgence des épidémies d'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en Amérique du Nord et dans une grande partie de l'Europe occidentale (162). En Europe occidentale et centrale, le nombre d'hommes nouvellement diagnostiqués séropositifs et ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes a augmenté pour passer de 7601 en 2004 à 9541 en 2009 (116). Au Royaume-Uni, le nombre annuel d'hommes nouvellement diagnostiqués séropositifs ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes a été de 3080 en 2010, soit le plus élevé jamais enregistré (163). On remarque également des tendances indiquant une augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH dans cette population clé

1 Les personnes nouvellement diagnostiquées comme étant séropositives n'ont pas toujours été contaminées récemment ; leur nombre n'est donc pas nécessairement le reflet du nombre réel de personnes nouvellement infectées. Là où la couverture du dépistage de l'infection à VIH reste relativement constante, les tendances suivies par le nombre de personnes nouvellement diagnostiquées séropositives peuvent cependant être utiles pour se faire une idée des tendances récentes de l'épidémie.

particulièrement exposée au VIH en Belgique (164), en France (165), en Allemagne (166), aux Pays-Bas (166), en Slovénie (167) et en Espagne (168,169).

Au Royaume-Uni, les estimations montrent que l'incidence de l'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes a augmenté, passant de 0,5 % [0,1–0,8 %] en 2002 à 0,9 % [0,5–1,3 %] en 2007 (170). En France, environ 50 % des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et nouvellement diagnostiqués séropositifs entre 2003 et 2008 avaient été récemment contaminés (165). Au Royaume-Uni, un quart des hommes nouvellement diagnostiqués séropositifs en 2010 ont été contaminés 4 à 5 mois avant le diagnostic (171). Aux États-Unis d'Amérique, on estime que le nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes nouvellement infectés par le VIH a augmenté de 17 % entre 2005 et 2008 dans les 37 États disposant de données suffisantes (172,173). À New York, l'incidence de l'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes a plus que doublé en 2005–2008, et le taux de syphilis a été multiplié par six chez ceux âgés de 18 à 29 ans (174) – ce qui indique une augmentation de la prise de risque sexuel (175). Des tendances similaires ont été signalées au Canada (176). Cela souligne la nécessité d'actions de prévention constantes, notamment celles conçues à destination des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

2.7.3 Les tendances de l'infection à VIH montrent des disparités importantes entre les groupes raciaux, ethniques et socio-économiques

Aux États-Unis d'Amérique, l'augmentation du nombre d'infections à VIH diagnostiquées a été particulièrement marquée chez les hommes noirs ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, surtout chez les jeunes (177,178). D'après les données nationales de surveillance comportementale portant sur les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes pour l'année 2008, la prévalence de l'infection à VIH était de 28 % chez les Africains-Américains, contre 18 % chez les Hispaniques et 16 % chez les Blancs (179).

Dans ce pays, ces disparités entre groupes raciaux et ethniques se retrouvent également dans l'épidémie globale d'infection à VIH (180), les Noirs étant touchés de manière disproportionnée. Les Africains-Américains représentent moins de 14 % de la population totale du pays, mais représentaient la moitié des personnes diagnostiquées séropositives dans 37 États en 2005–2008 (181,182). On estime que le risque, à la naissance, d'avoir un jour un diagnostic d'infection à VIH est de 1 sur 22 chez les Noirs, alors qu'il est de 1 sur 170 chez les Blancs et de 1 sur 52 chez les Hispaniques (181).²

Les clivages socio-économiques semblent jouer un rôle tout aussi important dans l'épidémie aux États-Unis d'Amérique. Une étude menée dans 23 villes

2 Le risque à la naissance signifie la probabilité, au jour de la naissance, qu'une personne soit diagnostiquée, à un moment donné au cours de sa vie, comme étant infectée par le VIH.

a trouvé une prévalence moyenne de l'infection à VIH de 2,1 % chez les hétérosexuels vivant dans les zones fortement défavorisées (183). Cette prévalence de l'infection à VIH était inversement proportionnelle au revenu annuel des ménages – moins le revenu était élevé, plus la prévalence de l'infection à VIH était élevée. Dans cette population, les analyses n'ont pas montré de différence de prévalence en fonction de la race ou de l'origine ethnique. Selon les conclusions des chercheurs, la pauvreté peut expliquer certaines des disparités raciales et ethniques observées dans les taux de prévalence de l'infection à VIH dans la population globale aux États-Unis d'Amérique – 46 % des Africains-Américains et 40 % des Hispaniques vivent en effet dans des zones fortement défavorisées, contre seulement 10 % des Blancs (184).

Au Canada, les peuples autochtones continuent, de leur côté, à être surreprésentés dans l'épidémie d'infection à VIH. Bien qu'ils comptent pour moins de 4 % de la population canadienne, ils représentaient 8 % du nombre total de personnes vivant avec le VIH et près de 13 % des personnes nouvellement infectées en 2008 (185). Chez la majorité des Autochtones canadiens nouvellement infectés par le VIH, la cause la plus probable de l'infection était la consommation de drogues par injection (66 % contre 17 % pour l'ensemble des Canadiens) (185).

Dans plusieurs pays d'Europe, l'épidémie se caractérise par un nombre de plus en plus important d'immigrants vivant avec le VIH. En Europe occidentale et centrale, 49 % des personnes nouvellement diagnostiquées séropositives et contaminées par transmission hétérosexuelle provenaient de pays à épidémie généralisée (d'Afrique subsaharienne, des Caraïbes ou d'Asie) (116). Au Royaume-Uni, les deux tiers des hétérosexuels nouvellement diagnostiqués séropositifs en 2009 avaient par exemple probablement acquis cette infection hors du pays, principalement en Afrique subsaharienne (186). Dans ce pays, le nombre d'infections à VIH diagnostiquées et faisant suite à une contamination par voie hétérosexuelle hors des frontières a toutefois diminué depuis 2003 (186), et le nombre de diagnostics posés chez des personnes probablement contaminées à l'intérieur du Royaume-Uni a augmenté (passant de 210 en 1999 à 1150 en 2010) (171).

La baisse du taux de nouvelles infections chez les consommateurs de drogues par injection en Europe occidentale et dans certaines parties d'Europe centrale semble se poursuivre et a été attribuée aux services de réduction des risques (187). En Estonie, pays d'Europe comptant la plus forte prévalence de l'infection à VIH au niveau national chez l'adulte (1,2 %), la consommation de drogues par injection continue d'aggraver l'épidémie. L'incidence de cette infection a cependant considérablement diminué depuis 2005 chez les nouveaux consommateurs de drogues par injection. À Tallinn (Estonie), l'estimation de cette incidence a par exemple diminué chez les consommateurs de drogues par injection, passant de 18 à 8 pour 100 personnes-années entre 2005 et 2009, période au cours de laquelle le programme d'échange d'aiguilles et de seringues a été considérablement étendu (188).

La consommation de drogues par injection semble également aggraver l'épidémie récente observée en Pologne ; 18 % des consommateurs de drogues par injection, habitant dans huit régions de ce pays et ayant réalisé un test de dépistage en 2009, vivaient avec le VIH (189). Cependant, le nombre absolu de consommateurs de drogues par injection chez qui une infection à VIH a été nouvellement diagnostiquée a diminué (passant de 201 en 2004 à 39 en 2009) (116). En Grèce, une infection à VIH a été diagnostiquée chez 113 consommateurs de drogues par injection au cours des sept premiers mois de l'année 2011, ce qui était presque neuf fois supérieur au nombre annuel moyen de consommateurs de drogues par injection chez qui ce diagnostic a été posé au cours des dix années précédentes (190).

Si l'on considère l'ampleur globale de l'épidémie dans cette région, l'estimation du nombre d'enfants vivant avec le VIH est très faible : ils étaient un peu plus de 6000 [3500-8000] en 2010. Ce chiffre traduit à la fois le rôle central joué par les rapports sexuels entre hommes dans l'épidémie et la fourniture à très grande échelle de services qui permettent de prévenir la transmission mère-enfant du VIH. En 2010, un nombre faible d'enfants de moins de 15 ans ont été nouvellement infectés par le VIH (moins de 500) ou sont décédés de maladies liées au sida (moins de 500) dans cette région.

2.8 Moyen-Orient et Afrique du Nord

2.8.1 Une autre épidémie en expansion

Figure 2.36 Nombre de personnes vivant avec le VIH, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 1990-2010

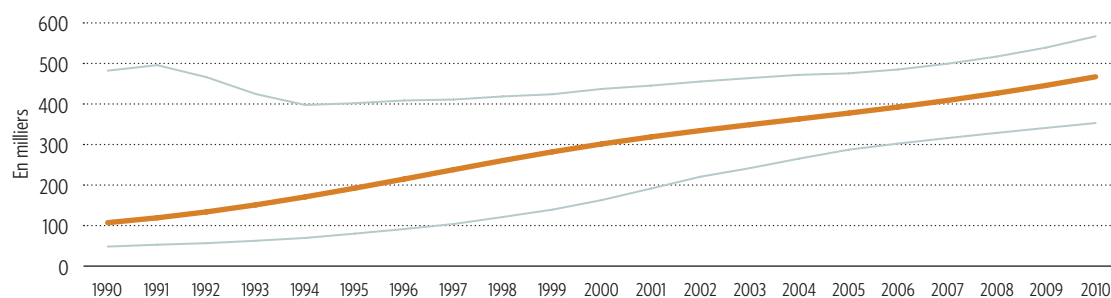


Figure 2.37 Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 1990-2010

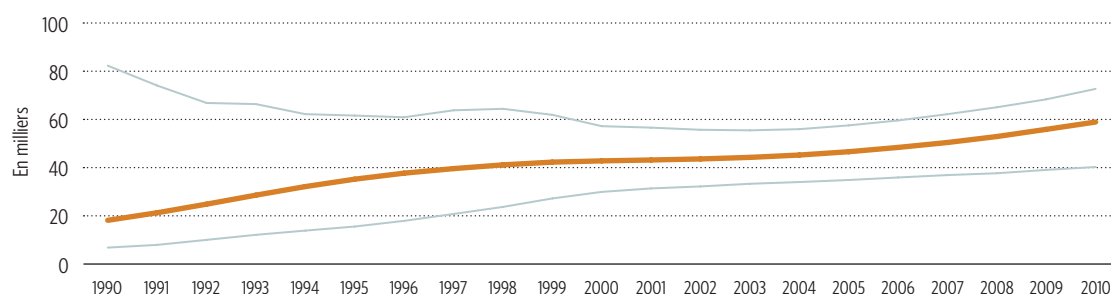


Figure 2.38 Nombre de personnes décédées de causes liées au sida, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 1990-2010

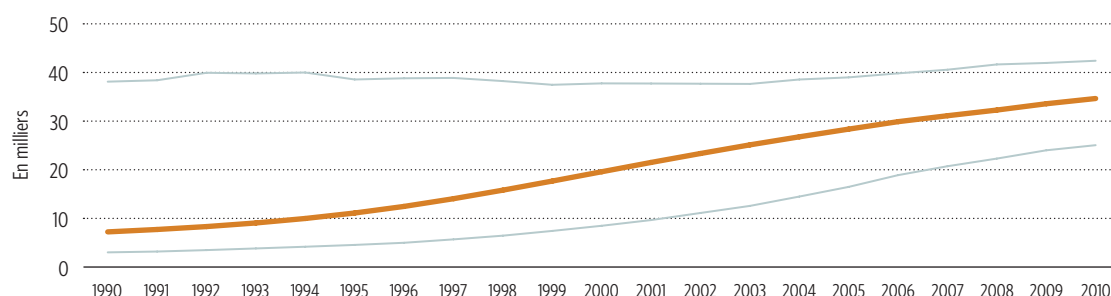
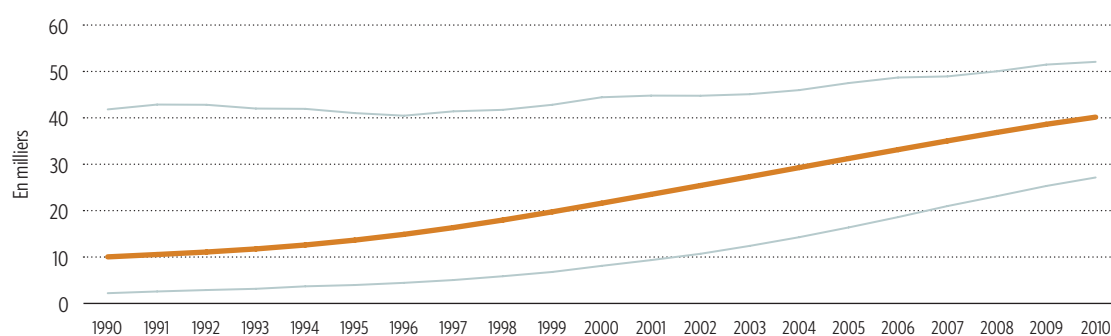


Figure 2.39 Nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 1990-2010



Les données disponibles sur les épidémies d'infection à VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord mettent en évidence une augmentation continue du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, du nombre de personnes vivant avec le VIH et du nombre de personnes décédées de causes liées au sida. Avec 59 000 [40 000-73 000] personnes nouvellement infectées par le VIH en 2010, le nombre d'infections annuelles n'a jamais été aussi élevé ; cette estimation correspond à une augmentation de 36 % par rapport à celle de 43 000 [31 000-57 000] personnes nouvellement infectées en 2001. Au cours de la même période, l'estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH a fortement augmenté, passant de 320 000 [190 000-450 000] en 2001 à 470 000 [350 000-570 000] en 2010 (figures 2.36 à 2.39) ; le nombre de personnes décédées de causes liées au sida a suivi la même tendance, passant de 22 000 [9700-38 000] à 35 000 [25 000-42 000].

Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, la prévalence de l'infection à VIH au niveau national chez l'adulte est faible - à l'exception de Djibouti et du Sud-Soudan où le VIH se propage dans la population générale, et où au moins 1 % des femmes enceintes vues en consultation prénatale sont séropositives.

Globalement, le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH a presque doublé entre 2001 et 2010, passant de 24 000 [9400-45 000] à 40 000 [27 000-52 000]. Au cours de la même période, le nombre d'enfants nouvellement infectés est passé de 5400 [2700-7600] à 6800 [4800-8800], et le nombre d'enfants décédés de causes liées au sida est passé de 2600 [1100-4300] à 3900 [2700-5000]. Ces augmentations tiennent à l'accélération de l'épidémie, aux proportions relativement élevées de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH (oscillant entre 44 % et 45 % entre 2001 et 2010) et à la fourniture trop souvent insuffisante de services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

2.8.2 Les principaux facteurs sont la consommation de drogues par injection et les rapports sexuels non protégés...

Bien que les données sur l'infection à VIH concernant cette région se soient améliorées, elles restent encore limitées. Les recherches actuelles indiquent que les rapports sexuels non protégés (y compris entre hommes) et le partage de matériel d'injection non stérile restent les principaux déterminants de l'infection à VIH dans cette région (191). La plupart des personnes nouvellement infectées par le VIH sont des hommes et vivent en milieu urbain (sauf au Soudan, où un plus grand nombre de femmes et de personnes

vivant dans les zones rurales sont contaminées par le VIH). Certaines données indiquent que de nombreux migrants sont séropositifs et transmettent à leur retour l'infection à leur conjointe (191). De nombreuses femmes vivant avec le VIH auraient en effet été contaminées par leur conjoint ayant un comportement à risque (191). En 2010, les femmes représentaient environ 41 % des adultes vivant avec le VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

La République islamique d'Iran compterait le plus grand nombre de consommateurs de drogues par injection dans la région ; et son épidémie d'infection à VIH est concentrée principalement dans ce groupe de population. On estime que 14 % des consommateurs de drogues par injection de ce pays vivaient avec le VIH en 2007 (192). L'exposition à du matériel d'injection contaminé joue également un rôle dans les épidémies en Algérie, en Égypte (7 % des hommes consommateurs de drogues par injection à Alexandrie et 8 % au Caire étaient séropositifs en 2010 (193)), au Liban, en Libye, au Maroc (où la prévalence atteindrait 6 % dans cette population (194)), en Oman, en République arabe syrienne et en Tunisie.

2.8.3 ... y compris les rapports sexuels non protégés entre hommes

Les rapports sexuels entre hommes sont fortement stigmatisés dans cette région et considérés comme une infraction pénale dans de nombreux pays. Des pratiques sexuelles à risque, de faibles niveaux d'utilisation du préservatif et un niveau de connaissances sur le VIH généralement bas ont été observés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans plusieurs pays (139). Des enquêtes menées chez des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont trouvé un taux de séropositivité de 8 % à 9 % au Soudan (120), 5 % au Caire et 7 % à Alexandrie en Égypte (193), 5 % en Tunisie (195) et 4 % au Maroc (196). Si des signes manifestes indiquent dans certains pays une augmentation des investissements dans les programmes de prévention de l'infection à VIH ciblant cette population clé particulièrement exposée au VIH, la couverture des services reste limitée (139).

Dans la plupart des pays, la prévalence de l'infection à VIH chez les professionnelles du sexe demeure relativement faible. On estime toutefois que jusqu'à 2 à 4 % des professionnelles du sexe vivent avec le VIH dans certaines parties de l'Algérie et du Yémen (197) ; au Maroc, la prévalence de l'infection à VIH chez les professionnelles du sexe varie de 0 % (198) à 7 % (199) (le taux le plus élevé étant retrouvé à Sous Massa Draa) (200).

2.9 Océanie

2.9.1 Une épidémie modérée et stable

Figure 2.40 Nombre de personnes vivant avec le VIH, Océanie, 1990-2010

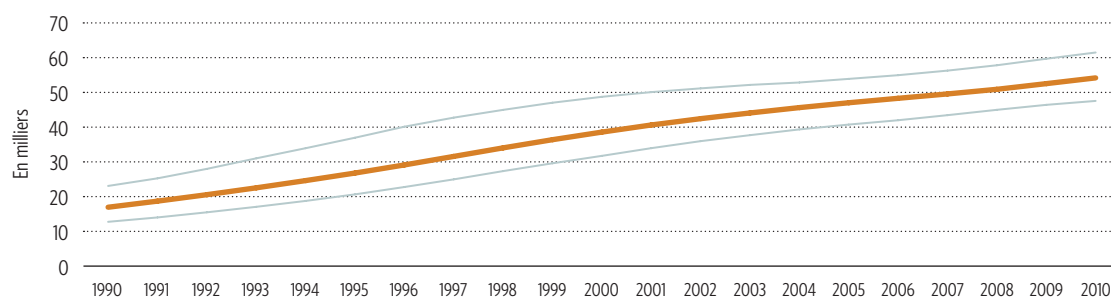


Figure 2.41 Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, Océanie, 1990-2010

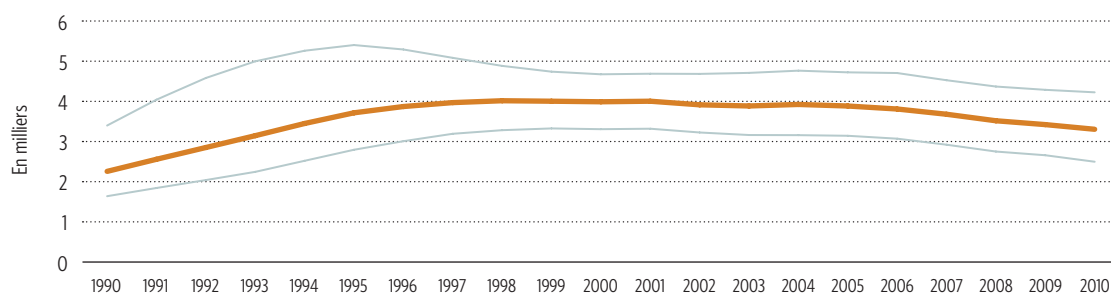


Figure 2.42 Nombre de personnes décédées de causes liées au sida, Océanie, 1990-2010

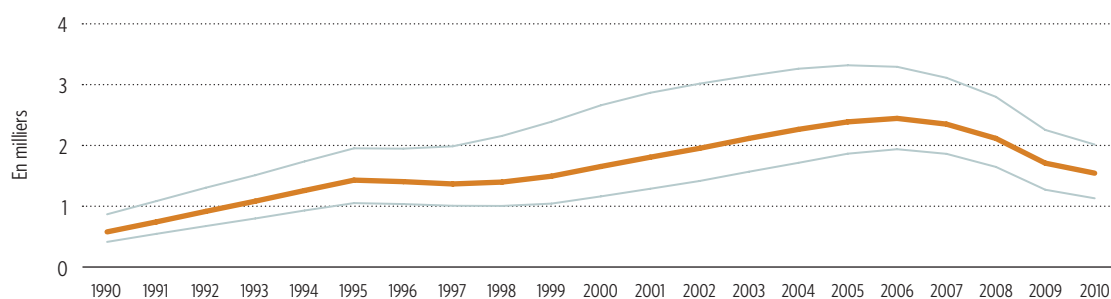
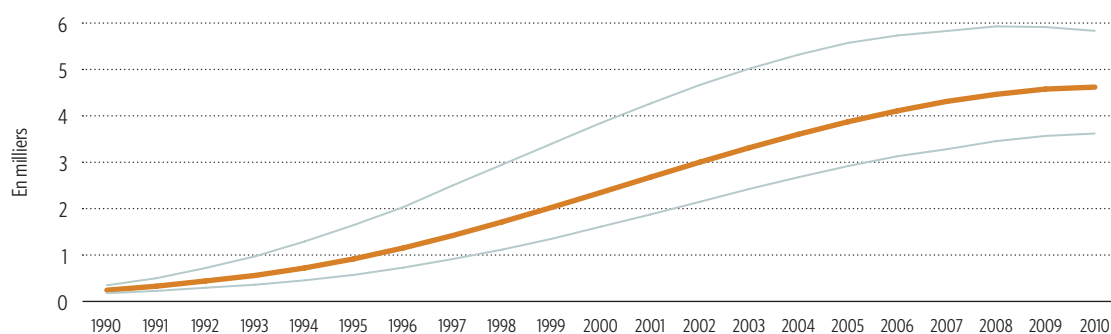


Figure 2.43 Nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH, Océanie, 1990-2010



En Océanie, l'épidémie d'infection à VIH reste modeste et semble stable. Le nombre annuel de personnes nouvellement infectées par le VIH a augmenté lentement jusqu'au début des années 2000 puis a diminué pour atteindre 3300 [2400-4200] en 2010 (contre environ 4000 [3300-4600] en 2001). Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans cette région a atteint environ 54 000 [48 000-62 000] à la fin de l'année 2010, soit environ 34 % de plus que l'estimation de 40 000 [34 000-50 000] pour l'année 2001 (tableau 2.1, figures 2.40 à 2.43). Le nombre de personnes décédées de causes liées au sida a considérablement diminué, tombant à 1600 [1200-2000] en 2010 (par rapport au chiffre annuel d'environ 2400 [1900-3300] observé en 2005-2007).

Les 22 pays et territoires insulaires du Pacifique sont dispersés sur un tiers de la surface du globe ; dans presque chacun d'entre eux, les épidémies d'infection à VIH sont très modestes et le nombre de cas d'infection à VIH signalés depuis 1985 est inférieur à 500. La seule exception est la Papouasie-Nouvelle-Guinée, où sévit l'épidémie d'infection à VIH la plus grave et la seule qui soit généralisée en Océanie (201).

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, la prévalence nationale de l'infection à VIH chez l'adulte était estimée à 0,9 % [0,8-1,0 %] en 2009, avec environ 34 000 [30 000-39 000] personnes vivant avec le VIH. Le nombre de sites proposant un dépistage du VIH a augmenté, améliorant ainsi la qualité et la quantité des données sur l'infection à VIH ; d'après ces données, l'épidémie pourrait à présent s'être stabilisée.

Du fait du manque de données provenant d'enquêtes de grande qualité, il est difficile de déterminer le rôle du commerce du sexe dans l'épidémie en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Selon une étude menée en 2010 à Port Moresby chez des personnes qui ont vendu ou échangé des services sexuels, la prévalence (non ajustée) de l'infection à VIH était de 19 % chez les femmes, 9 % chez les hommes et 24 % chez les personnes transgenres (202). Les rapports sexuels rémunérés semblent être courants dans les populations mobiles, notamment chez les travailleurs migrants, les employés du secteur du transport et le personnel militaire (203). Les rapports sexuels entre hommes sont également fréquents : 13 % des camionneurs, ouvriers des plantations de canne à sucre, travailleurs portuaires et personnel militaire ayant participé à une enquête ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels avec d'autres hommes (204).

L'Australie compte la deuxième épidémie la plus grave de la région ; le nombre annuel de personnes nouvellement diagnostiquées séropositives y est resté relativement stable, aux environs de 1000 depuis 2005 (après avoir connu une augmentation jusqu'à la fin des années 1990) (205). En Nouvelle-Zélande, l'épidémie est plus modeste, avec un nombre annuel de personnes nouvellement diagnostiquées qui a culminé aux environs de 180 en 2005-2006 avant de retomber aux environs de 160 (206).

2.9.2 Les rapports sexuels non protégés sont le principal déterminant de la transmission du VIH

En Océanie, la plupart des personnes chez qui une infection à VIH a été diagnostiquée ont été contaminées par voie sexuelle (207). Les rapports hétérosexuels non protégés sont le principal mode de transmission en Papouasie-Nouvelle-Guinée (208) (et dans le reste de la Mélanésie), alors que les rapports sexuels entre hommes jouent un rôle plus important dans les épidémies en Micronésie, en Polynésie ainsi qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande. En Australie, 85 % des personnes chez qui une infection à VIH a été diagnostiquée en 2009 étaient des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (205). Dans ce pays, le nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes nouvellement diagnostiqués séropositifs a diminué après 2005, et le nombre de nouvelles infections diagnostiquées est resté relativement stable (205). Une tendance similaire est observée en Nouvelle-Zélande (206).

Dans la plupart des pays d'Océanie, la prévalence de l'infection à VIH est faible ; mais la forte prévalence des autres infections sexuellement transmissibles est un sujet de préoccupation, la présence de l'une de ces autres infections étant associée à une augmentation du risque de transmission du VIH (207). En Papouasie-Nouvelle-Guinée, la prévalence des infections sexuellement transmissibles a par exemple augmenté, notamment chez les jeunes femmes et les habitants des zones rurales ainsi que dans la région de Southern Highlands (209).

La consommation de drogues par injection joue un rôle mineur dans les épidémies de cette région. En Polynésie française, environ 12 % des cas cumulés d'infection déclarés ont été attribués à la consommation de drogues par injection (207). En Australie, la consommation de drogues par injection était néanmoins la cause probable de transmission chez environ 20 % des Aborigènes et des insulaires du détroit de Torres nouvellement infectés par le VIH en 2009 (205).

Dans la région du Pacifique, la proportion de femmes parmi les personnes nouvellement diagnostiquées comme étant infectées par le VIH a augmenté de façon constante. Ceci peut s'expliquer par une meilleure couverture du dépistage prénatal. À la fin de l'année 2009, les femmes représentaient 60 % des personnes nouvellement diagnostiquées séropositives en Papouasie-Nouvelle-Guinée et environ 30 % dans les autres pays (207). Globalement, les femmes représentaient environ 44 % des adultes vivant avec le VIH en Océanie en 2010. La transmission mère-enfant du VIH est toutefois un facteur important dans l'épidémie de Papouasie-Nouvelle-Guinée, près de 10 % de l'ensemble des personnes nouvellement diagnostiquées comme étant infectées par le VIH à ce jour ayant été contaminées lors d'une exposition au cours de la période périnatale (210). Globalement, environ 4600 [3600-5800] enfants vivaient avec le VIH en Océanie en 2010, 500 [< 500-< 1000] d'entre eux ayant été nouvellement infectés cette année-là.

Encadré 2.4

Dernières améliorations apportées aux estimations en matière d'infection à VIH et de sida

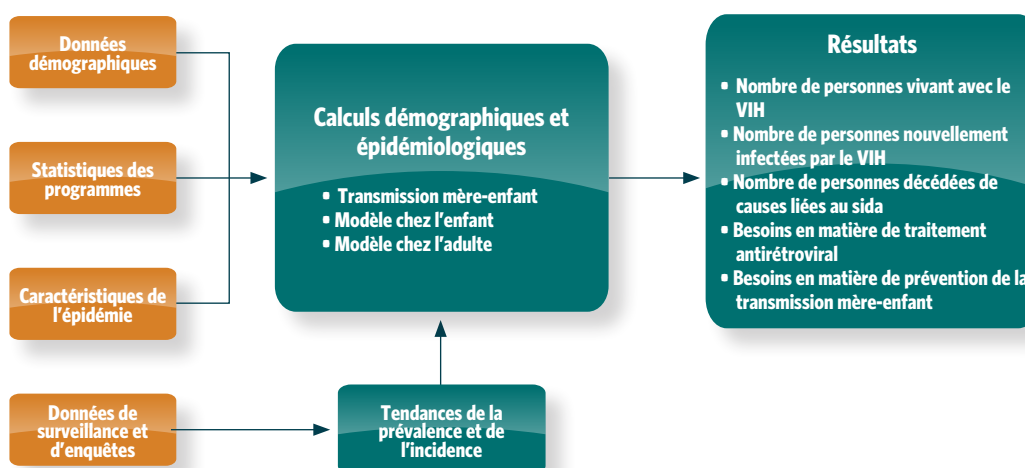
Les estimations pour chaque pays et chaque région sont produites à l'aide du logiciel *Spectrum* (211), en utilisant l'ensemble des données pertinentes disponibles – notamment les enquêtes menées auprès des femmes enceintes vues en consultation prénatale, les enquêtes en population (menées au niveau des ménages), la surveillance sentinelle des populations clés particulièrement exposées au VIH, la déclaration des cas, les informations sur le traitement antirétroviral ainsi que sur les programmes de prévention de la transmission mère-enfant de l'infection et les données démographiques (figure 2.44). Les modèles actuels utilisent la version mise à jour en 2010 des estimations et des projections démographiques réalisées par la Division de la Population des Nations Unies (212).

Les hypothèses utilisées pour les projections sont régulièrement mises à jour en utilisant les dernières données de recherche disponibles. Les dernières estimations (pour l'année en cours et les années passées) ont donc tendance à être plus précises et plus fiables que celles produites au cours des années antérieures.¹

Dans la dernière version du logiciel, les modèles fournis par *Spectrum* et *Estimates and Projection Program (EPP)* ont été fusionnés en un seul programme. Les pays ont donc pu produire plus facilement leurs propres estimations en matière d'infection à VIH. Ce modèle combiné a été mis à jour pour être plus flexible et que les courbes de prévalence puissent correspondre aux données disponibles provenant de la surveillance ou des enquêtes. Cela est particulièrement important pour bien rendre compte des changements dans la prévalence de l'infection à VIH qui se produisent en raison de l'extension de la couverture du traitement antirétroviral, et pour s'adapter aux épidémies où la prévalence de l'infection à VIH a fortement diminué puis s'est stabilisée ou a augmenté à nouveau.

Dans cette nouvelle version du logiciel, la vitesse de progression entre le moment où une personne est infectée par le VIH et celui où elle meurt dépend de son âge. L'infection à VIH progresse plus lentement chez une personne infectée quand elle est jeune que chez une personne infectée à un âge plus avancé. L'estimation du nombre de jeunes vivant avec le VIH est donc plus élevée que dans les estimations précédentes. Cela a également eu pour conséquence d'augmenter l'estimation du nombre de femmes qui ont besoin de services pour prévenir la transmission mère-enfant et du nombre d'enfants nouvellement infectés.

Figure 2.44 Processus suivi pour produire des estimations en matière d'infection à VIH et de sida



¹ Une description technique du processus utilisé pour obtenir ces estimations et une description détaillée des méthodes, du logiciel, de la qualité des données et de l'élaboration des fourchettes de résultats se trouve dans une série d'articles publiés en décembre 2010 dans un supplément de la revue *Sexually Transmitted Infections* (213). Ces articles sont en libre accès et peuvent être téléchargés gratuitement.

Tableau 2.1 Statistiques concernant l'infection à VIH et le sida par région géographique, en 2001 et 2010

	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Prévalence de l'infection à VIH chez l'adulte (%)	Adultes et enfants décédés de causes liées au sida	Prévalence de l'infection à VIH chez les personnes âgées de 15 à 24 ans (%)	
					Hommes	Femmes
Afrique subsaharienne						
2010	22 900 000 [21 600 000-24 100 000]	1 900 000 [1 700 000-2 100 000]	5,0 [4,7-5,2]	1 200 000 [1 100 000-1 400 000]	1,4 [1,1-1,8]	3,3 [2,7-4,2]
2001	20 500 000 [19 100 000-22 200 000]	2 200 000 [2 100 000-2 400 000]	5,9 [5,6-6,4]	1 400 000 [1 300 000-1 600 000]	2,0 [1,6-2,7]	5,2 [4,3-6,8]
Moyen-Orient et Afrique du Nord						
2010	470 000 [350 000-570 000]	59 000 [40 000-73 000]	0,2 [0,2-0,3]	35 000 [25 000-42 000]	0,1 [0,1-0,2]	0,2 [0,1-0,2]
2001	320 000 [190 000-450 000]	43 000 [31 000-57 000]	0,2 [0,1-0,3]	22 000 [9700-38 000]	0,1 [0,1-0,2]	0,1 [0,1-0,2]
Asie du Sud et du Sud-Est						
2010	4 000 000 [3 600 000-4 500 000]	270 000 [230 000-340 000]	0,3 [0,3-0,3]	250 000 [210 000-280 000]	0,1 [0,1-0,2]	0,1 [0,1-0,1]
2001	3 800 000 [3 400 000-4 200 000]	380 000 [340 000-420 000]	0,3 [0,3-0,4]	230 000 [200 000-280 000]	0,2 [0,2-0,2]	0,2 [0,2-0,2]
Asie de l'Est						
2010	790 000 [580 000-1 100 000]	88 000 [48 000-160 000]	0,1 [0,1-0,1]	56 000 [40 000-76 000]	<0,1 [<0,1-<0,1]	<0,1 [<0,1-<0,1]
2001	380 000 [280 000-530 000]	74 000 [54 000-100 000]	<0,1 [<0,1-0,1]	24 000 [16 000-45 000]	<0,1 [<0,1-<0,1]	<0,1 [<0,1-<0,1]
Océanie						
2010	54 000 [48 000-62 000]	3300 [2400-4200]	0,3 [0,2-0,3]	1600 [1200-2000]	0,1 [0,1-0,1]	0,2 [0,1-0,2]
2001	41 000 [34 000-50 000]	4000 [3300-4600]	0,2 [0,2-0,3]	1800 [1300-2900]	0,1 [0,1-0,2]	0,2 [0,2-0,3]
Amérique latine						
2010	1 500 000 [1 200 000-1 700 000]	100 000 [73 000-140 000]	0,4 [0,3-0,5]	67 000 [45 000-92 000]	0,2 [0,1-0,4]	0,2 [0,1-0,2]
2001	1 300 000 [1 000 000-1 700 000]	99 000 [75 000-130 000]	0,4 [0,3-0,5]	83 000 [50 000-130 000]	0,2 [0,1-0,6]	0,1 [0,1-0,2]
Caraïbes						
2010	200 000 [170 000-220 000]	12 000 [9400-17 000]	0,9 [0,8-1,0]	9000 [6900-12 000]	0,2 [0,2-0,5]	0,5 [0,3-0,7]
2001	210 000 [170 000-240 000]	19 000 [16 000-22 000]	1,0 [0,9-1,2]	18 000 [14 000-22 000]	0,4 [0,2-0,8]	0,8 [0,6-1,1]
Europe orientale et Asie centrale						
2010	1 500 000 [1 300 000-1 700 000]	160 000 [110 000-200 000]	0,9 [0,8-1,1]	90 000 [74 000-110 000]	0,6 [0,5-0,8]	0,5 [0,4-0,7]
2001	410 000 [340 000-490 000]	210 000 [170 000-240 000]	0,3 [0,2-0,3]	7800 [6000-11 000]	0,3 [0,2-0,3]	0,2 [0,1-0,2]
Europe occidentale et centrale						
2010	840 000 [770 000-930 000]	30 000 [22 000-39 000]	0,2 [0,2-0,2]	9 900 [8 900-11 000]	0,1 [0,1-0,1]	0,1 [<0,1-0,1]
2001	630 000 [580 000-690 000]	30 000 [26 000-34 000]	0,2 [0,2-0,2]	10 000 [9 500-11 000]	0,1 [0,1-0,1]	0,1 [0,1-0,1]
Amérique du Nord						
2010	1 300 000 [1 000 000-1 900 000]	58 000 [24 000-130 000]	0,6 [0,5-0,9]	20 000 [16 000-27 000]	0,3 [0,2-0,6]	0,2 [0,1-0,4]
2001	980 000 [780 000-1 200 000]	49 000 [34 000-70 000]	0,5 [0,4-0,7]	19 000 [15 000-24 000]	0,3 [0,2-0,4]	0,2 [0,1-0,3]
Total						
2010	34 000 000 [31 600 000-35 200 000]	2 700 000 [2 400 000-2 900 000]	0,8 [0,8-0,8]	1 800 000 [1 600 000-1 900 000]	0,3 [0,3-0,3]	0,6 [0,5-0,6]
2001	28 600 000 [26 700 000-30 900 000]	3 100 000 [3 000 000-3 300 000]	0,8 [0,7-0,8]	1 900 000 [1 700 000-2 200 000]	0,4 [0,4-0,4]	0,8 [0,7-0,8]

Références

1. Colvin M, Gorgens-Albino M, Kasedde S. *Analysis of HIV prevention response and modes of HIV transmission: the UNAIDS-GAMET supported synthesis process*. Johannesburg, ONUSIDA – Équipe régionale d'appui pour l'Afrique orientale et australe, 2008 (http://www.unaidsrستا.ora/sites/default/files/mot_0.pdf, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
2. ONUSIDA et Banque mondiale. *Nouvelles infections du VIH par mode de transmission en Afrique de l'Ouest : une analyse plurinationale*. Mars 2010. Dakar, ONUSIDA – Équipe régionale d'Appui pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/countryreport/2010/201003_MOT_West_Africa_fr.pdf, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
3. *Le point sur l'épidémie de sida 2007*. Genève, ONUSIDA et Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://data.unaids.org/pub/epislides/2007/2007_epiupdate_fr.pdf, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
4. *Le point sur l'épidémie de sida 2009*. Genève, ONUSIDA et Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1700_epi_update_2009_fr.pdf, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
5. Ministère de la Santé du Maroc. *Analyse des modes de transmission du VIH au Maroc*. Rabat, Ministère de la Santé, ONUSIDA, 2010.
6. Gregson S et al. HIV decline in Zimbabwe due to reductions in risky sex? Evidence from a comprehensive epidemiological review. *International Journal of Epidemiology*, 2010, 39:1311-1323.
7. Hargrove JW et al. Declining HIV prevalence and incidence in perinatal women in Harare, Zimbabwe. *Epidemics*, 2011, 3:88-94.
8. Halperin DT et al. A surprising success: why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe? *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1000414.
9. *National antenatal sentinel HIV and syphilis prevalence survey in South Africa, 2009*. Pretoria, Département de la Santé, 2010.
10. Shisana O et al. *South African national HIV prevalence, incidence, behaviour and communication survey, 2008: the health of our children*. Le Cap, HSRC Press, 2010.
11. Hallett TB et al. Estimates of HIV incidence from household-based prevalence surveys. *AIDS*, 2010, 24:147-152.
12. *Sentinel surveillance of HIV and AIDS in Kenya, 2006*. Nairobi, National AIDS Control Council et National AIDS/STI Control Programme, 2007.
13. Every Death Counts Writing Group. Every death counts: use of mortality audit data for decision making to save the lives of mothers, babies, and children in South Africa. *Lancet*, 2008, 371:1294-1304.
14. Goga A et al. Impact of the national prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) programme on mother-to-child transmission of HIV (MTCT), South Africa, 2010. 6^{ème} conférence de l'International AIDS Society, Rome, Italie, 17-20 juillet 2011 (Résumé MOAC0206 ; <http://pag.ias2011.org/abstracts.aspx?aid=1176>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
15. Dlodlo RA et al. Adult mortality in the cities of Bulawayo and Harare, Zimbabwe: 1979-2008. *Journal of the International AIDS Society*, 2011, 14(suppl 1):S2-S9.
16. Jahn A et al. Population-level effect of HIV on adult mortality and early evidence of reversal after introduction of antiretroviral therapy in Malawi. *Lancet*, 2008, 371:1603-1611.
17. Kuhn L et al. Mortality and virologic outcomes following access to antiretroviral therapy among a cohort of HIV-infected women who received single-dose nevirapine in Lusaka, Zambia. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 52:132-136.
18. Reniers G et al. Steep declines in population-level AIDS mortality following the introduction of antiretroviral therapy in Addis Ababa. *AIDS*, 2009, 23:511-518.
19. Rajaratnam JK et al. Worldwide mortality in men and women aged 15-59 years from 1970 to 2010: a systematic analysis. *Lancet*, 2010, 375:1704-1720.
20. Morris M, Kretzschmar M. Concurrent sexual partnerships and the spread of HIV. *AIDS*, 1997, 11:681-683.
21. Halperin D, Epstein H. Concurrent sexual partnerships help to explain Africa's high HIV prevalence: implications for prevention. *Lancet*, 2004, 364(1):4-6.
22. Epstein H. The mathematics of concurrent partnerships and HIV: a commentary on Lurie and Rosenthal. *AIDS Behaviour*, 2010, 14:29-30.

23. Lurie MN, Rosental S. Concurrent partnerships as a driver of the HIV epidemics in sub-Saharan Africa? The evidence is limited. *AIDS Behaviour*, 2010, 14:17-24.
24. Tanser F et al. Effect of concurrent sexual partnerships on rate of new HIV infections in a high-prevalence, rural South African population: a cohort study. *Lancet*, 378:247-255.
25. Maher et al. Concurrent sexual partnerships and associated factors: a cross-sectional population-based survey in a rural community in Africa with a generalized HIV epidemic. *BMC Public Health*, 2011, 11:651.
26. Guthrie BL, de Bruyn G, Farquhar C. HIV-1-discordant couples in sub-Saharan Africa: explanations and implications for high rates of discordancy. *Current HIV Research*, 2007, 5:416-429.
27. Dunkle KL et al. New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda: an analysis of survey and clinical data. *Lancet*, 2008, 371:2183-2191.
28. Cleland J et al. Monitoring sexual behaviour in general populations: a synthesis of lessons of the past decade. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80 (Suppl. 2):ii1-ii7.
29. Anand A et al. Knowledge of HIV status, sexual risk behaviors and contraceptive need among people living with HIV in Kenya and Malawi. *AIDS*, 2009, 23:1565-1573.
30. Bunnell R et al. HIV transmission risk behavior among HIV-infected adults in Uganda: results of a nationally representative survey. *AIDS*, 2008, 22:617-624.
31. Eyawo O et al. HIV status in discordant couples in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2010, 11:770-777.
32. Beegle K, de Walque D. *Demographic and socioeconomic patterns of HIV/AIDS prevalence in Africa*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2009 (Document de travail sur la recherche des politiques 5076).
33. Glynn J et al. Antiretroviral therapy reduces HIV transmission in discordant couples in northern Malawi. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:A218 doi:10.1136/sextrans-2011-050108.277 (Résumé P1-S6.53).
34. Chen L et al. Sexual risk factors for HIV infection in early and advanced HIV epidemics in sub-Saharan Africa: systematic overview of 68 epidemiological studies. *PLoS ONE*, 2007, 2:e1001.
35. Gelmon L et al. *Kenya: HIV prevention response and modes of transmission analysis*. Nairobi, Kenya National AIDS Control Council, 2009.
36. Côté AM et al. Transactional sex is the driving force in the dynamics of HIV in Accra, Ghana. *AIDS*, 2004, 18:917-925.
37. Forbi JC et al. Estimates of human immunodeficiency virus incidence among female sex workers in north central Nigeria: implications for HIV clinical trials. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2011, [Publication en ligne avant impression].
38. Makyao N et al. High HIV prevalence within a generalized epidemic; condom use, violence and sexually transmitted infections among female sex workers in Dar es Salaam, Tanzania. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:A40-A41 doi:10.1136/sextrans-2011-050109.43 (Résumé O1-S08.01).
39. Smith AD et al. Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 2009, 374:416-422.
40. Rispel LC et al. HIV prevalence and risk practices among men who have sex with men in two South African cities. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 57:69-76.
41. Dahoma M et al. HIV and related risk behavior among men who have sex with men in Zanzibar, Tanzania: results of a behavioral surveillance survey. *AIDS Behaviour*, 2011, 15:186-192.
42. Merrigan M et al. HIV prevalence and risk behaviours among men having sex with men in Nigeria. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:65-70.
43. Barker J et al. HIV infection among men having sex with men in Kampala, Uganda. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé TUAC0304 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=12&abstractid=200736640>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
44. Beyrer C et al. Bisexual concurrency, bisexual partnerships, and HIV among southern African men who have sex with men (MSM). *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86:323-327.

45. Ndiaye HD et al. Surprisingly high prevalence of subtype C and specific HIV-1 subtype/CRF distribution in men having sex with men in Senegal. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 52:249-252.
46. Merrigan M et al. HIV prevalence and risk behaviours among men having sex with men in Nigeria. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:65-70.
47. Baral S et al. Criminalization of same sex practices as a structural driver of HIV risk among men who have sex with men (MSM): the cases of Senegal, Malawi and Uganda. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé MOPE0951 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200738705>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
48. Sulliman F, Ameerberg SAG. *Mauritius Epidemiology Network on Drug Use report: January-June 2004*. Port Louis, Mauritius Epidemiology Network on Drug Use, 2004.
49. Johnston L et al. High HIV and hepatitis C prevalence amongst injecting drug users in Mauritius: findings from a population size estimation and respondent-driven sampling survey. *International Journal of Drug Policy*, 2011, 22:252-258.
50. Williams ML et al. HIV seroprevalence in a sample of Tanzanian intravenous drug users. *AIDS Education and Prevention*, 2009, 21:474-483.
51. Broz D et al. Correlates of HIV infection among injection drug users in Unguja, Zanzibar, 2007. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé MOACO4 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200736009>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
52. Odek-Ogunde M et al. Seroprevalence of HIV, HBC and HCV in injecting drug users in Nairobi, Kenya: World Health Organization Drug Injecting Study Phase II findings. *15^{ème} Conférence internationale sur le sida, Bangkok, Thaïlande, 11-16 juillet 2004* (Résumé WePeC6001 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=2171540>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
53. Wang L et al. The 2007 estimates for people at risk for and living with HIV in China: progress and challenges. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 50:414-418.
54. *Country report on the follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Jakarta, National AIDS Commission, Indonésie, 2008.
55. Xu Y et al. Trends in HIV/STI and sexual risk behavior among female sex workers in Nanning, China, 2007-2008. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé TUPE0344 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200737118>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
56. Remis RS et al. Prevalence of HIV infection and STI among female entertainment workers (FEWs) in Shanghai, China. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé TUPE0361 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=12&abstractid=200740541>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
57. Wang H et al. Mobility, risk behavior and HIV/STI rates among female sex workers in Kaiyuan City, Yunnan Province, China. *BMC Infectious Diseases*, 2010, 10:198.
58. Bhardwaj S et al. HIV prevalence in female sex workers in a focused HIV prevention project in Mumbai and Thane district, India. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:A123 doi:10.1136/sextrans-2011-050108.59 (Résumé P1-S2.02).
59. Gautam A et al. Who is at higher risk of STIs and HIV—brothel-based or street-based female sex workers? Evidence from two rounds of bio-behavioural surveys. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:A126 doi:10.1136/sextrans-2011-050108.66 (Résumé P1-S2.09).
60. Todd CS et al. HIV, hepatitis B, and hepatitis C prevalence and associated risk behaviors among female sex workers in three Afghan cities. *AIDS*, 2010, 24(Suppl 2):S69-S75.
61. Khan MS et al. HIV, STI prevalence and risk behaviours among women selling sex in Lahore, Pakistan. *BMC Infectious Diseases*, 2011, 11:119.
62. Poon AN et al. Review of HIV and other sexually transmitted infections in female sex workers in China. *AIDS Care*, 2011, 23:5-25.
63. Moses S et al. Increased condom use and decreased HIV & STI prevalence among female sex workers following a targeted HIV prevention program in Karnataka, South India. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:A44 doi:10.1136/sextrans-2011-050109.49 (Résumé O1-S09.01).
64. Moses S et al. Impact of an intensive HIV prevention programme for female sex workers on HIV prevalence among antenatal clinic attenders in Karnataka State, South India. *AIDS*, 2008, 22(Suppl. 5): S101-S108.

65. *Cambodia demographic and health survey 2005*. Phnom Penh, National Institute of Public Health et National Institute of Statistics et Calverton, MD., ORC Macro, 2006.
66. Ministry of Health and Population, New ERA & Macro International Inc. *Nepal demographic and health survey 2006*. Katmandou, Ministry of Health and Population, 2007.
67. *Vietnam population and AIDS indicator survey 2005*. Hanoi, General Statistical Office, National Institute of Hygiene and Epidemiology et Calverton, MD., ORC Macro, 2006.
68. Chowdhury ME et al. *Bangladesh assessment of sexual behavior of men in Bangladesh: a methodological experiment*. Dhaka, Family Health International et AID des États-Unis d'Amérique, 2006.
69. Chamrathirong A et al. *National sexual behaviour survey of Thailand 2006*. Bangkok, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2007.
70. National AIDS Control Organisation, Ministry of Health and Family Welfare. *National Behavioural Surveillance Survey (BSS) 2006 (general population)*. New Delhi, Government of India, 2008.
71. Yang C et al. HIV, syphilis, hepatitis C and risk behaviours among commercial sex male clients in Sichuan province, China. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86:559-64.
72. Shaw S et al. Prevalence of HIV and sexually transmitted infections among clients of female sex workers in Karnataka, South India. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:A122-A123 doi:10.1136/sextrans-2011-050108.58 (Résumé P1-S2.01).
73. Bros Khmer. Behavioural risk on-site sero-survey among at-risk urban men in Cambodia. *3rd Phnom Penh Symposium on HIV/AIDS Prevention, Care and Treatment, 14-15 décembre 2010, Phnom Penh, Cambodge*.
74. Mathers BM et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008, 372:1733-1745.
75. Yongvanitjit K et al. Risk behaviors and high HIV prevalence among injecting drug users (IDUs) in a respondent-driven sampling (RDS) survey in Bangkok and Chiang Mai, Thailand. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé TUPE0311 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200736160>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
76. Quan VM et al. Mortality and HIV transmission among male Vietnamese injection drug users. *Addiction*, 2011, 116:583-589.
77. Tran TN et al. HIV prevalence and factors associated with HIV infection among male injecting drug users under 30: a cross-sectional study in Long An, Vietnam. *BMC Public Health*, 2006, 6:248.
78. *HIV/AIDS estimates and projections 2005-2010*. Hanoi General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministère de la Santé, Viet Nam, 2005.
79. *Rapid situation assessments of HIV prevalence and risk factors among people injecting drugs in four cities of the Punjab*. Islamabad, Punjab AIDS Control Programme, 2009.
80. *HIV/AIDS in the South-East Asia Region*. New Delhi, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est, 2007 (http://www.searo.who.int/LinkFiles/AIDS_SEARO-Report07.pdf, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
81. Zhang YH et al. [Analysis of HIV/syphilis/HCV infection among drug users in 15 cities in China.] *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*, 2010, 44:969-974.
82. *HIV second generation surveillance, national report round I, 2005 and round III*. Islamabad, Pakistan National AIDS Control Programme, 2008.
83. *2011 Integrated HIV behavioral and serologic surveillance*. Manille, Département de la Santé, Philippines.
84. Commission in AIDS in Asia. *Redefining AIDS in Asia: crafting an effective response*, New Delhi, Oxford University Press, 2008.
85. Yu M et al. Sexual risk behaviour of injection drug users attending STI clinics in Mumbai, India. *16^{ème} Conférence internationale sur le sida, Toronto, Canada, 13-18 août 2006* (Résumé CDD0594 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=2191715>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
86. National Institute of Hygiene and Epidemiology. *Results from the HIV/STI integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) in Viet Nam, 2005-2006*. Hanoi, Ministère de la Santé, 2006.

87. Choi SYP, Cheung YW, Chen K. Gender and HIV risk behaviour among intravenous drug users in Sichuan province, China. *Social Science and Medicine*, 2006, 62:1672-1684.
88. Hammett TM et al. Female sexual partners of injection drug users in Vietnam: an at-risk population in urgent need of HIV prevention services. *AIDS Care*, 2010, 22:1466-1472.
89. Foss AM et al. Could the CARE-SHAKTI intervention for injecting drug users be maintaining the low HIV prevalence in Dhaka, Bangladesh? *Addiction*, 2007, 102:114-125.
90. Azim T et al. Bangladesh moves from being a low-prevalence nation for HIV to one with a concentrated epidemic in injecting drug users. *International Journal of STDs and AIDS*, 2008, 19:327-331.
91. Hammett TM et al. Seven years of cross-border HIV prevention interventions, Vietnam and China: two estimation methods reveal sharp declines in HIV incidence among injection drug users. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé WEPE0278 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200737507>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
92. *UNGASS country progress report: Malaysia*. Kuala Lumpur, Ministère de la Santé, Malaisie, 2010.
93. Kladsawas K et al. Trends in HIV prevalence and risk behavior among men who have sex with men (MSM) in Bangkok, Thailand, 2003 to 2009. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé TUAC02 ; <http://pag.aids2010.org/Abstracts.aspx?SID=434&AID=11959>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
94. van Griensven F et al. Three years of follow-up in the Bangkok MSM cohort study: evidence of an explosive epidemics of HIV infection. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé TUACO301 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=12&abstractid=200736787>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
95. Morineau G et al. Sexual risk taking, STI and HIV prevalence among men who have sex with men in six Indonesian cities, *AIDS Behaviour*, 15:1033-1044.
96. Brahnam GNV et al. Sexual practices, HIV and sexually transmitted infections among self-identified men who have sex with men in four high HIV prevalence states in India. *AIDS*, 2008, 22(Suppl. 5):S45-S57.
97. *Report of the HIV sentinel sero-surveillance survey 2008 - Myanmar*. Yangon, Government of Myanmar, 2009.
98. Chow EPF et al. Human immunodeficiency virus prevalence is increasing among men who have sex with men in China: findings from a review and meta-analysis. *Sexually Transmitted Diseases*, 2011, 38:845-857.
99. He Q et al. HIV trends and related risk factors among men who have sex with men in mainland China: findings from a systematic literature review. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 2011, 42:616-633.
100. Chow EPF et al. Human immunodeficiency virus prevalence is increasing among men who have sex with men in China: findings from a review and meta-analysis. *Sexually Transmitted Diseases*, 2011, 38:845-857.
101. Tayug E. HIV in the Philippines: our inconvenient truth. *2010 HIV and AIDS Summit, Manille, Philippines, 12 avril 2010*.
102. Yu BN et al. An exploratory survey of male sex workers and HIV risk in an urban area of Southwest China. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:A67-A68 doi:10.1136/sextrans-2011-050109.100 (Résumé O2-S6.04).
103. Guadamuz TE et al. HIV prevalence, risk behavior, hormone use and surgical history among transgender persons in Thailand. *AIDS Behavior*, 2011, 15:650-658.
104. Équipe régionale d'appui de l'ONUSIDA pour l'Europe et l'Asie centrale et Bureau régional OMS de l'Europe. *Universal access to HIV prevention, treatment, care and support in Europe and Central Asia: 2011 progress report*. Moscou, Équipe régionale d'appui de l'ONUSIDA pour l'Europe et l'Asie centrale, sous presse.
105. Cohen J. Late for the epidemic: HIV/AIDS in eastern Europe. *Science*, 2010, 329:160-164.
106. Kruglov YV et al. The most severe HIV epidemic in Europe: Ukraine's national HIV prevalence estimates for 2007. *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84(Suppl. 1):i37-i41.
107. Shaboltas A et al. HIV incidence, gender and risk behaviors differences in injection drug users cohorts, St. Petersburg, Russia. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé TUPE0331 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200740055>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).

108. Eritsyan K et al. How many IDUs have HIV but are unaware of this fact? Estimations of the hidden HIV-positive population of IDUs in four Russian cities. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé TUPE0329 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200739921>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
109. Taran YS et al. Correlates of HIV risk among injecting drug users in 16 Ukrainian cities. *AIDS and Behavior*, 2011, 15:65-74.
110. *Republic of Moldova progress report: January 2008 - December 2009 (UNGASS report 2008-2009)*. Chisinau, National Coordination Council, 2010.
111. *Country progress report of the Russian Federation on the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Moscou, Russian Federal Services for Surveillance of Consumer Rights Protection and Human Well-being, 2010.
112. *Ukraine: national report on monitoring progress towards the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Kiev, Ministère de la Santé, Ukraine, 2010.
113. Des Jarlais DC et al. HIV among injecting drug users: current epidemiology, biologic markers, respondent-driven sampling, and supervised-injection facilities. *Current Opinions in HIV and AIDS*, 2009, 4:308-313.
114. *[HIV infection information bulletin #34 of the Russian Federal AIDS Center.]* Moscou, Russian Federal AIDS Center, 2010 (<http://www.hivrusia.org/stat/index.shtml>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
115. Mahy M et al. A proxy measure for HIV incidence among populations at increased risk to HIV. *Journal of HIV/AIDS Surveillance and Epidemiology*, 2010, 2:8.
116. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et Bureau régional OMS de l'Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*. Stockholm, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2010 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DisForm.aspx?ID=590, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
117. *Most-at-risk adolescents: the evidence base for strengthening the HIV response in Ukraine*. Kiev, UNICEF, 2008.
118. *Universal access to HIV prevention, treatment, care and support in Europe and Central Asia: 2011 progress report*. Genève, ONUSIDA, sous presse.
119. Robbins CL et al. Multicity HIV seroprevalence in street youth, Ukraine. *International Journal of STDs and AIDS*, 2010, 21:489-496.
120. Van Griensven F et al. The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men. *Current Opinions in HIV and AIDS*, 2009, 4:300-307.
121. Baral S et al. Male sex workers in Moscow, Russia: a pilot study of demographics, substance use patterns, and prevalence of HIV and sexually transmitted infections. *AIDS Care*, 2010, 22:112-118.
122. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida - Édition 2010*. Genève, ONUSIDA, 2010 (http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_fr.htm, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
123. *Keeping score III: the voice of the Caribbean people*. Port-of-Spain, ONUSIDA, 2011 (<http://www.unaidscaribbean.org/sites/default/files/field/upload/keeping-scoreIII.pdf>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
124. Halperin D et al. Understanding the HIV epidemic in the Dominican Republic: a prevention success story in the Caribbean? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 1(51 Suppl 1):S52-S59.
125. Gaillard EM et al. Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(Suppl. 1):i14-20.
126. National HIV/STI Prevention & Control Programme. *Facts and figures: HIV/AIDS epidemic update January to December 2007*. Jamaïque, Ministère de la Santé, 2007.
127. *The status of HIV in the Caribbean*. Port-of-Spain, ONUSIDA, 2010 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/countryreport/2010/2010_HIVInCaribbean_en.pdf, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
128. *Republica Dominicana: encuesta demografica y de salud 2007 (ENDESA 2007): resultados basicos*. Saint Domingue, Centro de Estudios Sociales y Demográficos et Macro Internacional Inc, 2008.
129. *CAREC annual report 2007*. Port-of-Spain, Caribbean Epidemiology Centre, 2007.
130. *Resultados de la XVII encuesta serologica de vigilancia de segunda generacion año 2009*. Saint Domingue, Centro de Estudios Sociales y Demográficos et Macro Internacional Inc, 2011.

131. Johnston L et al. HIV and other infections among gay, transsexuals and men who have sex with men in the Dominican Republic. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé CDC0372 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200741215>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
132. Figueroa JP et al. High HIV rates among men who have sex with men in Jamaica despite increased prevention efforts. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:A149 doi:10.1136/sextrans-2011-050108.118 (Résumé P1-S2.61).
133. Tomlinson R. Resolving to save lives. HIV/AIDS Prevalence among MSM in the Anglophone Caribbean and OAS Resolutions 2435 and 2504. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010*. (Résumé TUPE1007 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=12&abstractid=200736742>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
134. Centres de Lutte contre la Maladie (CDC) des États-Unis d'Amérique. Incidence and diagnoses of HIV infection - Porto Rico, 2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2009, 58:589-591.
135. *Keeping Score II. A progress report towards universal access to HIV prevention, treatment, care and support in the Caribbean*, Port-of-Spain, ONUSIDA, 2008 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2008/20081206_keepingcoreii_en.pdf, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
136. Duncan J et al. HIV prevalence and related behaviors among sex workers in Jamaica. *Sexually Transmitted Diseases*, 2010, 37:306-310.
137. Andrinopoulos K et al. Establishment of an HIV/sexually transmitted disease programme and prevalence of infection among incarcerated men in Jamaica. *International Journal of STD and AIDS*, 2010, 21:114-119.
138. Boisson EV, Trotman C. HIV seroprevalence among male prison inmates in the six countries of the Organisation of Eastern Caribbean States (OECS). *West Indian Medical Journal*, 2009, 58:106.
139. Beyrer C et al. *The global HIV epidemics among men who have sex with men*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2011 (<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/MSMReport.pdf>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
140. Beyrer C et al. The expanding epidemics of HIV type 1 among men who have sex with men in low- and middle-income countries: diversity and consistency. *Epidemiologic Reviews*, 2010, 32:137-151.
141. Kerr L et al. MSM in Brazil: baseline national data for prevalence of HIV. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé CDC0372 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200740783>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
142. Tinajeros F et al. STI prevalence and condom use in men who have sex with men attending STI services, Honduras 2010. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:A140-A141 doi:10.1136/sextrans-2011-050108.99 (Résumé P1-S2.42).
143. Baral S et al. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: a systematic review. *PLoS Medicine*, 2007, 4:e339.
144. Beyrer C et al. The expanding epidemics of HIV type 1 among men who have sex with men in low- and middle-income countries: diversity and consistency. *Epidemiologic Reviews*, 2010, 32:137-151.
145. Hernandez F et al. High incidence of HIV and low HIV prevention coverage among men who have sex with men in Managua, Nicaragua. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:A146 doi:10.1136/sextrans-2011-050108.112 (Résumé P1-S2.55).
146. Sanchez J et al. High HIV and ulcerative transmitted infection incidence estimates among men who have sex with men in Peru: awaiting an effective preventive intervention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 51(Suppl. 1):S47-S51.
147. Jacobson JO et al. Regional HIV surveillance of youth MSM through multilevel analysis of RDS studies in Latin America. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:A29 doi:10.1136/sextrans-2011-050109.20 (Résumé O1-S04.502).
148. Dos Ramos Farias MS et al. First report on sexually transmitted infections among trans (male to female transvestites, transsexuals, or transgender) and male sex workers in Argentina: high HIV, HPV, HBV, and syphilis prevalence. *International Journal of Infectious Diseases*, 2011, 15:e635-e640.
149. Tun W et al. Sexual risk behaviours and HIV seroprevalence among male sex workers who have sex with men and non-sex workers in Campinas, Brazil. *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84: 455-457.
150. Aran-Matero D et al. Levels of spending and resources allocation to HIV programs and services in Latin America and the Caribbean. *PLoS ONE*, 2011, 6:e22373.

151. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*. Genève, ONUSIDA, 2008 (<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/epidemiology/2008reportontheglobalaids epidemic/>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
152. Barrientos JE et al. HIV prevalence, AIDS knowledge, and condom use among female sex workers in Santiago, Chile. *Cadernos de Sante de Publica*, 2007, 23:1777-1784.
153. Sabidó M et al. The UALE project: decline in the incidence of HIV and sexually transmitted infections and increase in the use of condoms among sex workers in Guatemala. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 51(Suppl. 1):S35-S41.
154. Man S et al. Sexually transmitted infections and risk factors in female sex workers in Buenos Aires, Argentina. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé MOPE0182 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=2007359660>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
155. Delgado S et al. Central American surveillance survey of sexual behaviour and prevalence of HIV-STIs in vulnerable populations: female sex workers, Nicaragua, 2009. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:A42 doi:10.1136/sextrans-2011-050109.46 (Résumé O1-S08.04).
156. Bautista CTY et al. Epidemiology of HIV and STIs among female sex workers in Panama. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé CDC0372 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200740164>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
157. Strathdee SA, Magis-Rodriguez C. Mexico's evolving HIV epidemic. *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300:571-573.
158. Strathdee SA et al. Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-US border cities. *Drug and Alcohol Dependency*, 2008, 92:132-140.
159. Prejean J et al. Estimated HIV incidence in the United States, 2006-2009. *PLoS ONE* 6(8): e17502.
160. Purcell DW et al. Calculating HIV and syphilis rates for risk groups: estimating the national population size of MSM. *2010 National STD Prevention Conference, Atlanta, GA., 10 mars 2010*.
161. Hall HI et al. Estimation of HIV incidence in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300:520-529.
162. Bezemer D et al. A resurgent HIV-1 epidemic among men who have sex with men in the era of potent antiretroviral therapy. *AIDS*, 2008, 22:1071-1077.
163. Largest ever annual number of new HIV diagnoses in MSM: UK data for 2010. *Health Protection Report*, 2011, 5(12) (<http://www.hpa.org.uk/hpr/archives/2011/hpr1211.pdf>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
164. Sasse A, Defraye A. HIV infections and STI co-infections in men who have sex with men in Belgium: sustained increase in HIV diagnoses. *Eurosurveillance*, 2009, 14(47):pii=19420.
165. Semaille C et al. Recently acquired HIV infection in men who have sex with men (MSM) in France, 2003-2008. *Eurosurveillance*, 2009, 14(48):pii=19425.
166. Sullivan PS et al. Re-emergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996-2005. *Annals of Epidemiology*, 2009, 19:423-431.
167. Klavs I et al. Disproportionate and increasing burden of HIV infection among men who have sex with men in Slovenia: surveillance data for 1999-2008. *Eurosurveillance*, 2009, 14(47):pii=19419.
168. Sullivan PS et al. Re-emergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996-2005. *Annals of Epidemiology*, 2009, 19:423-431.
169. Rodriguez Martin C et al. Pronounced increase in the incidence of HIV infection among men who have sex with men in Madrid. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé CDC0311 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200737622>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
170. Presanis AM et al. Bayesian evidence synthesis for a transmission dynamic model for HIV among men who have sex with men. *Biostatistics*, 2011, [Publication en ligne avant impression].
171. 30 years on: people living with HIV in the UK about to reach 100 000. *Health Protection Report*, 2011, 5(22).
172. *HIV surveillance report, 2008*. Atlanta, GA., Centres de Lutte contre la Maladie (CDC) des États-Unis d'Amérique, 2010.

173. Prevalence and awareness of HIV infection among men who have sex with men – 21 cities, United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2010, 59(37).
174. Pathela P et al. Men who have sex with men (MSM) have a 140-fold risk for HIV and syphilis compared with other men in New York City. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:A351-A352 doi:10.1136/sextrans-2011-050119.5.
175. Hoong P et al. Trends in sexual risk behaviour and HIV incidence among MSM in North America. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé TUPE0383 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200738347>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
176. *Sommaire – Estimations de la Prévalence et de l'Incidence du VIH au Canada, 2008*. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2009.
177. Trends in HIV/AIDS diagnoses among men who have sex with men—33 states, 2001–2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2008, 57:681–686.
178. Hall HI et al. Racial/ethnic and age disparities in HIV prevalence and disease progression among men who have sex with men in the United States. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1060–1066.
179. Prevalence and awareness of HIV infection among men who have sex with men – 21 cities, United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2010, 59(37).
180. Hall HI et al. HIV infection – United States, 2005 and 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2011, 60:87–89.
181. Disparities in diagnoses of HIV infections between blacks/African Americans and other racial/ethnic populations – 37 states, 2005–2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2011, 60:93–98.
182. *Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2008: HIV surveillance report, volume 20*. Atlanta, GA., Centres de Lutte contre la Maladie (CDC) des États-Unis d'Amérique, 2010.
183. Denning P, DiNenno E. *Communities in crisis: is there a generalized HIV epidemic in impoverished urban areas of the United States?* Atlanta, Centres de Lutte contre la Maladie (CDC) des États-Unis d'Amérique, 2010. (<http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/other/poverty.htm>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
184. *Areas with concentrated poverty: 1999; Census 2000 special reports*. Washington, D.C., United States Census Bureau, 2005.
185. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. *Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Juillet 2010*. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2010.
186. *HIV in the United Kingdom: 2010 report*. Londres, Health Protection Agency, 2010.
187. Likatacius G, Van de Laar MJW. HIV and AIDS in the European Union, 2009. *Eurosurveillance*, 2010, 15(48):pii=19737.
188. Uuskula A et al. Expanded syringe exchange programs and reduced HIV infection among new injection drug users in Tallinn, Estonia. *BMC Public Health*, 2011, 11:517.
189. Rosinska M, Wiessing L. Substantial undiagnosed HIV prevalence among injecting drug users despite recent testing is associated with no current addiction treatment, homelessness and not working/studying. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé TUPE0313 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200737287>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
190. Paraskevis D et al. HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report. *Eurosurveillance*, 2011, 16(36):pii=19962.
191. Abu-Raddad LJ. *Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: time for strategic action*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2010.
192. *On monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS: Islamic Republic of Iran country report*. Téhéran, National AIDS Committee Secretariat, Ministry of Health and Medical Education, 2010.
193. *HIV/AIDS bio-behavioural surveillance survey, round two, summary report*. Le Caire, Ministère de la santé et Family Health International, 2010.
194. *Étude des caractéristiques, connaissances, attitudes et pratiques en matière d'IST et de sida chez les chauffeurs de poids lourds sur les grands axes routiers au Maroc. Rapport préliminaire*. Rabat, Association de Lutte Contre le Sida, Fonds Mondial, Maroc, 2010.

195. *Rapport de Situation National à l'Intention de l'UNGASS 2010: Janvier 2008-décembre 2009*. Tunis, DDSB (République Tunisienne, Ministère de la Santé Publique, Direction des Soins de Santé de Base) et ONUSIDA, 2009.
196. Yatine Y. Prévenir l'infection à VIH auprès des HSH dans le contexte Arabo-musulman: Expérience de l'ALCS Maroc [présentation sous forme de diapositives]. 2009 (http://ilga.org/ilga/static/uploads/files/2009/11/9/09151728_11887074.ppt, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
197. OMS, UNICEF et ONUSIDA. *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/fr/index.html>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
198. *National database of HIV data*. Rabat, Ministère de la Santé du Maroc, 2010.
199. *United States Census Bureau International Database*. Washington, D.C., United States Census Bureau, 2011.
200. *Situation épidémiologique du VIH/Sida et des IST au Maroc*. Rabat, Ministère de la Santé du Maroc, DELM/PNLS, 2010.
201. *HIV epidemiological update PICTs 2009*. Nouméa, Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, 2010.
202. Kelly A et al. *Askim na save (ask and understand): people who sell and/or exchange sex in Port Moresby: key quantitative findings*. Sydney, Papua New Guinea Institute of Medical Research, University of New South Wales, 2011.
203. *The 2007 estimation report on the HIV epidemic in Papua New Guinea*. Port Moresby, National AIDS Council et Département de la Santé, 2008.
204. Millan J et al. *HIV/AIDS behavioural surveillance survey within high-risk settings. Papua New Guinea: BSS Round 1*. Port Moresby, National AIDS Council et National HIV/AIDS Support Project, 2006.
205. *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia Annual Surveillance Report, 2010*. Sydney NSW, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, University of New South Wales, 2010.
206. AIDS Epidemiology Group. *AIDS - New Zealand*, 2011, 67.
207. AIDS Epidemiology Group. *AIDS - New Zealand*, 2010, 66.
208. STI, HIV and AIDS Surveillance Unit. *The 2009 STI, HIV and AIDS third quarter surveillance report, July-September*. Port Moresby, Département de la Santé de Papouasie-Nouvelle-Guinée, 2009.
209. *UNGASS country report, 2010*. Port Moresby, Département de la Santé de Papouasie-Nouvelle-Guinée, 2010.
210. Coghlan B et al. *HIV in the Pacific: 1984-2007*. Melbourne, Burnet Institute, 2009.
211. Spectrum/EPP 2011 [site web]. Genève, ONUSIDA, 2011 (<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/tools/spectrumapp2011/>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
212. *World population prospects: the 2010 revision [base de données en ligne]*. New York, Division de la Population des Nations Unies, 2010 (<http://esa.un.org/undp/wpp/index.htm>, consulté en ligne le 15 décembre 2011).
213. *The 2009 HIV and AIDS estimates and projections: methods, tools and analyses. Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86(Suppl. 2): 1-99.

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

En 2010, plus de 550 000 hommes ont été circoncis dans les pays prioritaires de l'Afrique subsaharienne à des fins de prévention du VIH. Cependant, les progrès en vue d'atteindre l'objectif de 80 % de circoncision chez les hommes de 15 à 49 ans, sont encore très limités dans la plupart des pays.

La disponibilité en sang et en produits sanguins destinés à la transfusion ainsi que la garantie de leur innocuité sont toujours préoccupantes. Dans 40 pays, moins du quart des poches de sang provient de donateurs volontaires non rémunérés ; en 2008, seuls 53 % des dons de sang ont été testés dans le respect de l'assurance qualité dans les pays à faible revenu pour lesquels nous disposons de données.

La charge mondiale de morbidité des infections sexuellement transmissibles demeure élevée dans la majeure partie du monde. Dépistage et traitement précoces sont des éléments importants d'une riposte au VIH efficace et exhaustive. De nouveaux tests de détection rapide permettent d'étendre le dépistage de la syphilis dans de nombreux cas où les tests traditionnels n'étaient pas disponibles.

En 2010 et 2011 ont été publiées des études qui ont fait date en renforçant les données scientifiques sur les effets préventifs des antirétroviraux. Les personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral ont moins de risques de transmettre le virus, et les personnes avec un statut séronégatif qui suivent une prophylaxie antirétrovirale par voie buccale ou locale (gel vaginal) voient diminuer leur risque de contracter le VIH.

3.1 Informations générales et principaux défis à relever

La propagation de l'infection à VIH continue trente ans après que le sida a été signalé pour la première fois. Selon les estimations, le nombre annuel de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2010 a diminué de 20 % par rapport au pic atteint par l'épidémie au niveau mondial en 1998 ; cependant, 2,7 millions de personnes ont encore été contaminées par ce virus rien que pour l'année 2010 (chapitre 2). Même si l'on constate des signes d'amélioration, les activités de prévention existantes restent souvent incomplètes ou mal adaptées aux épidémies locales. Pour pallier cela, il faut renforcer les ripostes nationales et accélérer les avancées en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, ce qui passe par la consolidation des systèmes nationaux de surveillance, en particulier pour les populations clés particulièrement exposées au VIH, le renforcement de l'engagement politique pour mettre en œuvre des programmes reposant sur des bases factuelles, l'élaboration de nouvelles approches de prévention et l'amélioration des outils existants.

3.1.1 Comprendre les caractéristiques de l'épidémie pour guider les programmes de prévention

Pour concevoir une combinaison adéquate de programmes de prévention, la sélection des différentes composantes de ces programmes et les populations que celles-ci doivent cibler nécessitent une compréhension en profondeur et une cartographie détaillée de l'épidémiologie de l'infection à VIH au niveau national – qui est contaminé par le VIH, où, comment et pourquoi. Pour réussir à limiter la transmission du VIH, des services de prévention efficaces doivent atteindre les zones et les populations où ce virus se propage rapidement. Et pour obtenir l'impact souhaité au niveau d'une population, les programmes doivent être mis en œuvre à une échelle suffisante et avec l'intensité qui convient (1).

En outre, de nombreux pays connaissent en fait des épidémies mixtes d'infection à VIH : l'incidence est très variable au sein du pays et certains sous-groupes sont plus exposés que d'autres. Pour être efficaces, les politiques de prévention doivent tenir compte de manière adéquate des différences locales dans les dynamiques de transmission du VIH.

3.1.2 Favoriser l'association de plusieurs méthodes de prévention de l'infection à VIH

Les bons résultats obtenus par certains programmes suggèrent que l'approche la plus efficace pour réduire la transmission du VIH est d'associer différentes composantes adaptées à différentes populations et mises en œuvre dans différents contextes (2). Dans le cadre d'une stratégie complète de prévention, il arrive fréquemment que l'impact global maximum sur l'incidence de l'infection à VIH ne soit pas obtenu du fait d'un manque d'harmonisation dans la mise en œuvre des différents éléments composant cette stratégie. Les pays doivent déterminer leurs priorités en termes de prévention et associer des interventions biomédicales

à des interventions comportementales et structurelles pertinentes pour faire face à leur épidémie.¹

Les principaux moyens utilisés pour la mise en œuvre doivent faire l'objet d'une évaluation et être renforcés afin de pouvoir lever les obstacles sociaux et programmatiques qui s'opposent à la réalisation de programmes de prévention ou nuisent à leur efficacité. Cela suppose l'adoption de stratégies complémentaires qui rendent l'environnement plus propice à la participation aux programmes de prévention de l'infection à VIH et aident à améliorer la performance globale de la prestation de service.²

L'éventail des interventions disponibles pour la prévention s'est récemment élargi suite à la publication en 2010 et 2011 de résultats d'études sur la prévention biomédicale de l'infection à VIH, lesquels ont démontré l'efficacité et l'impact potentiel de nouvelles stratégies (4–6). Des approches doivent maintenant être mises au point pour intégrer avec succès ces nouvelles interventions biomédicales dans les modules de prévention ainsi que dans les services et les systèmes existants.

Ce chapitre décrit les avancées obtenues en 2010 dans l'intensification de certaines interventions de prévention de l'infection à VIH liées au secteur de la santé (circoncision masculine, sécurité transfusionnelle et prévention des infections sexuellement transmissibles). Il traite également du rôle du traitement antirétroviral et des principales approches émergentes pour la prévention de l'infection à VIH, telles que la prophylaxie pré-exposition ou l'utilisation du traitement

1 La prévention dans le domaine du VIH inclut :

- le conseil et le dépistage du VIH, y compris le conseil et le dépistage pour les couples ;
- la prévention de la transmission sexuelle, notamment par la promotion du préservatif masculin et féminin, le dépistage et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, la circoncision masculine médicale et volontaire axée sur les hommes adultes là où la prévalence de l'infection à VIH est élevée, la prophylaxie antirétrovirale post-exposition non professionnelle, la prophylaxie antirétrovirale pré-exposition (prise par une personne qui n'est pas infectée par le VIH pour prévenir sa contamination par ce virus) et le traitement antirétroviral pour la prévention de l'infection à VIH (pris par les personnes vivant avec le VIH) ;
- la prévention de la transmission chez les consommateurs de drogues par injection, notamment l'ensemble complet des neuf interventions de la stratégie de réduction des risques ; et
- la prévention de l'infection à VIH dans les lieux de soins, y compris la sécurité transfusionnelle, la sécurité des injections et la prophylaxie antirétrovirale post-exposition professionnelle.

Ces composantes se distinguent par leur effet direct à la fois au niveau individuel et sur les populations ainsi que par leur différence d'effet en termes de réduction du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH.

2 Moyens de mise en œuvre au niveau social : sensibilisation pour améliorer les connaissances en matière de dépistage et de traitement de l'infection à VIH, réduction de la stigmatisation, sensibilisation à la protection des droits humains, surveillance de l'équité et de la qualité de l'accès au programme et des résultats, communication de masse conçue pour faire prendre conscience des normes sociales et aider à changer celles-ci. Moyens de mise en œuvre au niveau du programme : mesures incitatives pour améliorer la participation au programme, méthode pour améliorer la rétention des personnes sous traitement antirétroviral, renforcement des capacités pour le développement d'organisations communautaires, planification stratégique, infrastructure de communication, diffusion de l'information, activités pour améliorer l'intégration des services et les liens d'orientation des patients entre les services de dépistage et de soins (3).

Encadré 3.1

Prévention de l'infection à VIH chez les jeunes

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont en première ligne de l'épidémie. En décembre 2010, 5,0 millions [4,3-6,5 millions] de ces jeunes femmes et jeunes hommes vivaient avec le VIH. Les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables à cette infection et comptent de façon disproportionnée pour 64 % [60-83 %] des jeunes vivant avec le VIH dans le monde. Dans la plupart des contextes épidémiques, les activités de prévention doivent également se focaliser sur les jeunes consommateurs de drogues par injection, les jeunes professionnel(le)s du sexe et les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, surtout quand les épidémies sont concentrées dans certains sous-groupes de population particulièrement à risque d'être exposés au VIH ou infectés par ce virus.

Les composantes du programme doivent former un ensemble complet tout en étant adaptées à leur public cible afin de mobiliser les jeunes, composer avec leur situation et remédier à leurs besoins spécifiques. Il s'agit notamment d'accroître la disponibilité des préservatifs et de promouvoir efficacement leur utilisation correcte et régulière ; de mettre en place une éducation complète à la sexualité reposant sur des bases factuelles et axée sur les savoir-faire pratiques ; d'intensifier les programmes diffusés par les médias pour influencer et changer les normes sociales et culturelles délétères ; de fournir des services de santé adaptés aux besoins des jeunes ; et de mobiliser et d'associer les jeunes dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH.

Malgré l'amélioration des systèmes de surveillance, les données collectées par l'ONUSIDA et l'OMS indiquent que la plupart des pays ne sont toujours pas en mesure de fournir des données épidémiologiques ou programmatiques portant spécifiquement sur les jeunes. Quelques pays transmettent des données ventilées par âge et par sexe sur les indicateurs nationaux ; les informations sur les jeunes restent souvent rares même si certains pays transmettent des données sur des programmes s'adressant aux populations clés particulièrement exposées. Des investissements supplémentaires sont nécessaires, tant sur le plan national qu'international, pour identifier les carences programmatiques, concevoir des politiques adéquates et les mettre en œuvre.

antirétroviral pour la prévention de l'infection à VIH. Le chapitre 6 traite des programmes de prévention pour les populations clés particulièrement exposées au VIH, notamment les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les consommateurs de drogues par injection. Le chapitre 7 examine la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, y compris la prévention primaire de cette infection chez les femmes en âge de procréer, la planification familiale pour prévenir les grossesses non désirées, la prophylaxie antirétrovirale ainsi que le traitement antirétroviral pour maintenir les mères en vie.

3.2 Sélection d'interventions du secteur de la santé pour prévenir l'infection à VIH

3.2.1 Circoncision masculine dans les pays d'Afrique subsaharienne particulièrement touchés par l'infection à VIH

Trois essais cliniques randomisés menés en Afrique subsaharienne ont permis d'étudier l'efficacité de la circoncision masculine médicale et volontaire

pour prévenir la contamination par le VIH chez des hommes hétérosexuels séronégatifs. Chacun de ces essais a montré un effet protecteur important de la circoncision, avec une réduction d'environ 60 % du risque de contamination par le VIH (7-9). Une étude en population menée dans un township d'Afrique du Sud a également montré une diminution de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH au niveau de la communauté trois ans après la mise en œuvre de services de circoncision masculine (encadré 3.2) (10).

En 2007, l'OMS et l'ONUSIDA ont recommandé d'inclure la circoncision masculine en tant que composante supplémentaire des programmes de prévention de l'infection à VIH dans les situations où la prévalence de l'infection à VIH est élevée et où la circoncision masculine n'est pas une pratique répandue. Sur la base de leur profil épidémiologique et de la prévalence de la circoncision masculine, treize pays ont été considérés comme prioritaires pour l'intensification de la circoncision masculine médicale et volontaire (11).

Selon les estimations, une extension de la couverture de la circoncision masculine médicale et volontaire à 80 % dans les cinq années à venir chez les hommes âgés de 15 à 49 ans permettrait d'éviter à 3,5 millions de personnes d'être infectées par le VIH en Afrique orientale et australe, ce qui représente une économie d'environ 16,6 milliards de US\$ entre 2011 et 2025 (12). Des études récentes ont également rapporté que les femmes pourraient aussi bénéficier d'avantages indirects ou potentiels de la circoncision masculine, se trouvant alors moins exposée à l'infection à VIH du fait d'une baisse de la prévalence de cette infection chez les hommes. Selon une étude de modélisation, la circoncision masculine offre, dans le long terme, la possibilité de réduire de 46 % le taux de transmission hétérosexuelle de l'homme à la femme (13). En outre,

Encadré 3.2

Impact de la circoncision masculine au niveau de la communauté à Orange Farm, en Afrique du Sud

Si trois essais contrôlés randomisés de grande taille ont bien démontré l'effet fortement protecteur de la circoncision masculine, rares sont les données évaluant l'effet de la circoncision masculine médicale et volontaire à grande échelle sur l'incidence et la prévalence de l'infection à VIH au niveau de la population. La publication récente d'une étude menée à Orange Farm, une communauté comprenant 110 000 adultes en Afrique du Sud, a toutefois montré que les avantages en termes de prévention de la circoncision chez l'homme peuvent également être observés au niveau de la communauté toute entière.

Cette étude transversale a été menée en 2007-2008 auprès de 1198 hommes âgés de 15 à 49 ans. Les hommes signalaient eux-mêmes leur statut vis-à-vis de la circoncision qui était aussi évalué cliniquement. Les analyses ont montré une diminution de 65 % (ratio de taux d'incidence = 0,35) de l'incidence de l'infection à VIH et une diminution de 55 % (ratio de taux de prévalence = 0,45) de la prévalence chez les hommes sans prépuce. Il n'y avait pas de différences entre les hommes avec ou sans prépuce en termes de comportement sexuel, et la plupart des participants, mais pas tous, étaient au courant que les hommes circoncis pouvaient être infectés par le VIH.

Source : Lissouba et al. (10).

Tableau 3.1 Nombre d'hommes ayant été circoncis pour la prévention de l'infection à VIH en 2008-2010 et estimation du nombre de circoncisions masculines nécessaires pour atteindre une couverture de 80 % chez les hommes âgés de 15 à 49 ans dans les pays prioritaires d'Afrique orientale et australe

Pays	Nombre de circoncisions masculines réalisées par an				Estimation du nombre de circoncisions masculines nécessaires pour atteindre une couverture de 80 % chez les hommes âgés de 15 à 49 ans
	2008	2009	2010	Total	
Afrique du Sud	5190 ^a	9168 ^a	131 117 ^a	145 475 ^a	4 333 134
Botswana	0	5424	5773	11 197	345 244
Éthiopie (province de Gambella)	0	769	2689	3458	40 000
Kenya	11 663	80 719	139 905 ^b	232 287 ^b	860 000*
Lesotho ^c	0	0	Inconnu ^c	Inconnu ^c	376 795
Malawi	589 ^d	1234 ^d	1296 ^d	3119 ^d	2 101 566
Mozambique	0	100	7633	7733	1 059 104
Namibie	0	224	1763	1987	330 218
Ouganda	0	0	9052	9052	4 245 184
République-Unie de Tanzanie	0	1033	18 026 ^e	19 059 ^e	1 373 271
Rwanda	0	0	1694	1694	1 746 052
Swaziland	1110	4336	18 869	24 315	183 450
Zambie	2758	17 180	61 911	81 849	1 949 292
Zimbabwe	0	2801	11 176	13 977	1 912 595
Total	21 310	122 988	410 904	555 202	20 855 905

* Le Kenya a pour objectif de faire passer la proportion d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui sont circoncis de 84 % à 94 % dans le pays ; le tableau indique le nombre de circoncisions masculines nécessaires pour atteindre cet objectif national. Source : Kenya National Strategy for Voluntary medical Male Circumcision, octobre 2009, Ministry of Public health and Sanitation de la République du Kenya.

Source de données : Groupe de travail technique sur la circoncision masculine du Plan d'urgence du président des États-Unis d'Amérique en matière de lutte contre le sida (données non publiées), sauf indication contraire.

a National Department of Health d'Afrique du Sud.

b National AIDS & STI Control Programme du Kenya.

c Ministère de la Santé du Lesotho.

d Ministère de la Santé du Malawi.

e Ministère de la Santé de la République-Unie de Tanzanie.

la prévalence de l'infection à papillomavirus humain à haut risque est plus faible chez les partenaires féminines d'hommes circoncis séronégatifs au VIH que chez celles d'hommes non circoncis, phénomène qui pourrait conduire à une réduction du nombre de cas de cancer du col de l'utérus chez les femmes dont le partenaire est circoncis ainsi qu'à une diminution de l'incidence du cancer du pénis (14).

À la fin de l'année 2010, la plupart des pays prioritaires d'Afrique orientale et australe avaient mis en place les principaux éléments programmatiques pour appuyer la mise en œuvre des programmes de circoncision masculine. Selon les données transmises, plus de 550 000 hommes ont été circoncis pour la prévention de l'infection à VIH entre 2008 et 2010 dans les 13 pays prioritaires d'Afrique orientale et australe ainsi que dans la province de Gambella en Éthiopie ; 77 % de ces circoncisions ont été réalisées en 2010 (tableau 3.1)¹. Cette même année, le plus grand nombre absolu de circoncisions masculines a été réalisé en Afrique du Sud, au Kenya et en Zambie.

En vue d'étendre rapidement les services de circoncision masculine, les pays se sont appuyés sur divers modes de prestation, notamment sur des services autonomes,

sur les services habituels des centres de santé dans lesquels l'ensemble des interventions de circoncision masculine sont intégrées, sur des services de proximité et sur des services mobiles. L'expansion des services de circoncision masculine est aussi facilitée par la mise en place de mesures d'organisation rationnelle permettant de réaliser des procédures plus nombreuses en toute sécurité et plus rapidement, comme le cadre MOVE² (Modèles pour optimiser le volume et l'efficacité) (15). En République-Unie de Tanzanie, le nombre d'hommes circoncis a été multiplié par trois après l'adoption de l'approche MOVE (figure 3.1).

Sachant que l'objectif chiffré qui a été fixé est d'étendre la couverture de la circoncision masculine à 80 % des hommes âgés de 15 à 49 ans, les progrès accomplis dans la plupart des pays prioritaires restent toutefois très modestes. Il faut donc intensifier les efforts afin de surmonter les difficultés, d'accélérer la mise en œuvre du programme, et d'influer finalement sur la prévention au niveau de la population (encadré 3.3) (16). Des recherches sur des technologies innovantes sont en cours, notamment sur des dispositifs non-chirurgicaux susceptibles d'apporter des solutions à certains des problèmes rencontrés.

Tous les pays prioritaires ont adopté l'ensemble minimum de services à mettre en œuvre dans le cadre

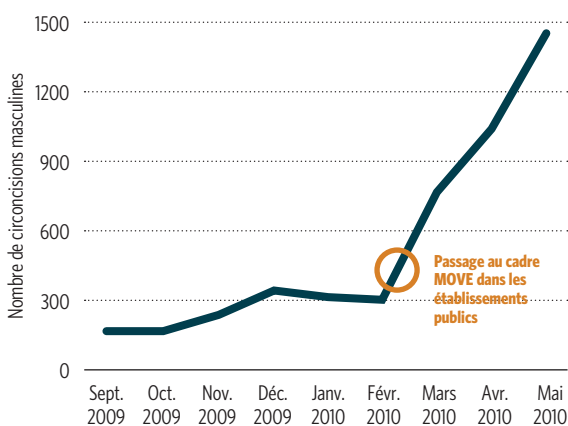
1 En 2007, l'ONUSIDA et l'OMS ont identifié 13 pays prioritaires sur la base de la prévalence de l'infection à VIH et de la prévalence de la circoncision masculine. Le Plan d'urgence du président des États-Unis d'Amérique en matière de lutte contre le sida apporte son appui à l'ensemble de ces pays ainsi qu'à la province de Gambella en Éthiopie.

2 MOVE comprend trois types d'approches : les techniques simplifiées de circoncision, le partage des tâches et la réallocation des tâches.

de la circoncision masculine recommandé par l'OMS et l'ONUSIDA, comprenant la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, le conseil et le dépistage du VIH, la promotion du préservatif et l'éducation pour une sexualité à moindre risque. Selon les données transmises par les pays, entre 56 % et

98 % des hommes ayant bénéficié d'une circoncision dans les différents pays prioritaires en 2010 ont également bénéficié d'un conseil et d'un dépistage du VIH, ce qui montre que les services de circoncision masculine peuvent devenir un important point d'entrée pour permettre aux hommes de connaître leur statut par rapport au VIH (17).

Figure 3.1 Nombre d'hommes circoncis en République-Unie de Tanzanie entre septembre 2009 et mai 2010



Source : Ministère de la Santé, République-Unie de Tanzanie, 2010.

Encadré 3.3

Intensification et intégration de la circoncision masculine pour la prévention de l'infection à VIH en Zambie

En Zambie, la prévalence de l'infection à VIH était de 14,3 % en 2007 et le taux de circoncision masculine de 12,8 % (18). L'objectif chiffré fixé pour 2010 était de 100 000 circoncisions masculines ; 62 000 circoncisions masculines ont été réalisées cette année-là, portant à 81 849 le nombre cumulé d'hommes circoncis dans le pays en décembre 2010. La circoncision a continué à bénéficier d'un engagement de haut niveau, et son intensification a été facilitée par des mécanismes établis par le Ministère de la Santé afin de coordonner le programme avec les différents partenaires impliqués. Pour étendre les services, certaines tâches ont été transférées aux infirmières, aux sages-femmes et à d'autres membres du personnel soignant.

La Zambie utilise une approche multisectorielle qui implique les forces de défense, la police, les services pénitentiaires ainsi que le secteur privé. Les options de prestation de services comprennent des sites fixes, des actions de proximité et des unités mobiles dans les structures publiques et privées. Afin d'optimiser les ressources disponibles, les interventions de circoncision masculine pratiquées dans de bonnes conditions de sécurité sont intégrées dans la programmation pour la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH. Elles sont en outre liées à d'autres interventions appropriées, y compris le traitement antirétroviral. En parallèle à la phase de rattrapage ciblant les adolescents et les hommes adultes, la Zambie a commencé un programme de circoncision néonatale dans trois sites.

Bien que des avancées importantes aient été accomplies afin d'élargir l'accès à la circoncision masculine médicale et volontaire pour la prévention de l'infection à VIH et d'intensifier l'utilisation de cette intervention, le décalage entre la situation présente et l'objectif chiffré de couverture fixé à 80 % reste considérable. Les efforts en vue d'accélérer l'intensification de cette intervention se heurtent aux influences et aux croyances culturelles, y compris celles liées à la circoncision masculine traditionnelle, ainsi qu'au manque de fiabilité des systèmes de gestion du matériel et de l'approvisionnement.

3.2.2 Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles

Dans la mesure où les infections sexuellement transmissibles augmentent de façon synergique le risque de transmission de l'infection à VIH, l'identification et le traitement rapides des infections sexuellement transmissibles constituent des éléments importants de la lutte contre le VIH (19). De nombreuses données indiquent que les infections sexuellement transmissibles augmentent l'excrétion du VIH dans les voies génitales des personnes vivant avec le VIH, aggravant par là l'infectiosité, et causant des anomalies dans les barrières muqueuses, ce qui entraîne une plus grande susceptibilité à contracter le VIH chez les personnes séronégatives.

De nombreuses interventions ont prouvé leur efficacité pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles, notamment la prise en charge syndromique des ulcérations génitales et de l'écoulement urétral, le dépistage de la syphilis chez la femme enceinte et les personnes chez qui est diagnostiquée une autre infection sexuellement transmissible, le traitement du partenaire masculin de toute personne présentant une trichomonase, le conseil sur la réduction des risques liés au VIH et aux infections sexuellement transmissibles, la vaccination contre le papillomavirus humain, et le traitement des partenaires de toute personne qui présente une infection à gonocoque, une infection à Chlamydia ou une syphilis.

Dans les situations où le test traditionnel n'était pas disponible, l'utilisation de nouveaux tests diagnostiques rapides permet souvent aujourd'hui d'intensifier le dépistage de la syphilis (20). Selon des données récentes, l'application d'un gel à base de ténofovir (microbicide vaginal) semble être une intervention prometteuse pour prévenir l'infection à VIH et aussi l'infection par le virus de l'herpès simplex de type 2 chez la femme (21).

Là où les interventions ont été mises en œuvre à grande échelle, elles ont permis d'obtenir dans de nombreuses parties du monde une baisse de la prévalence des infections sexuellement transmissibles telles que le chancre mou, la syphilis, la gonorrhée et le condylome acuminé ; elles ont aussi eu des conséquences bénéfiques à long terme, notamment en diminuant le nombre de cas de stérilité, de syphilis congénitale et de cancer du col de l'utérus. La lutte contre les infections sexuellement transmissibles peut aussi avoir contribué à la baisse progressive de la prévalence de l'infection à VIH dans plusieurs pays à revenu faible ou moyen (22). Malheureusement, la charge mondiale de morbidité des infections sexuellement transmissibles reste cependant élevée dans la plupart des régions du monde (encadré 3.4) (23).

Les services liés aux infections sexuellement transmissibles constituent une composante cruciale

des programmes complets de prévention de l'infection à VIH et de santé génésique. Non seulement ces services permettent de traiter spécifiquement les problèmes posés par ces infections, mais ils offrent aussi l'opportunité de fournir un conseil et un dépistage du VIH à l'initiative du prestataire et peuvent servir de points d'entrée pour des interventions de prise en charge et de traitement de l'infection à VIH. Les données sur les infections sexuellement transmissibles peuvent également aider à interpréter les différents facteurs de risque épidémiologiques de l'infection à VIH. Par exemple, des changements observés dans

la prévalence de la syphilis chez les femmes vues en consultation prénatale peuvent servir d'alerte précoce sur les changements en matière de comportements à risque associés à la transmission du VIH dans la population générale ou aider à interpréter les facteurs de risque épidémiologiques de l'infection à VIH (encadré 3.5). Les infections sexuellement transmissibles aiguës telles que la gonorrhée et la syphilis primaire et secondaire servent aussi de marqueurs biologiques de l'infection à VIH et de l'efficacité des programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Des services

Encadré 3.4

Estimations mondiales de l'incidence et de la prévalence de certaines infections sexuellement transmissibles : *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* et *Trichomonas vaginalis*

Dans le monde, le nombre de nouveaux cas d'infection sexuellement transmissible a atteint 498 millions en 2008 : 106 millions de nouveaux cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*, 106 millions de nouveaux cas d'infection à *Neisseria gonorrhoeae*, 10 millions de nouveaux cas de syphilis et 276 millions de nouveaux cas d'infection à *Trichomonas vaginalis*. Ces estimations sont similaires aux valeurs retrouvées en 2005, où le nombre de nouveaux cas pour ces quatre infections sexuellement transmissibles avait été estimé à 448 millions en utilisant des méthodes comparables (tableau 3.2).

Tableau 3.2 Nombre de nouveaux cas (en millions) d'infection chez l'homme et la femme adultes âgés de 15 à 49 ans en 2008^a

Région de l'OMS	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Treponema pallidum</i> (syphilis)	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Total
Région africaine	8,3	21,1	3,4	59,7	92,6
Région des Amériques	26,4	11,0	2,8	85,4	125,7
Région de la Méditerranée orientale	3,2	3,1	0,0	20,2	26,4
Région européenne	20,6	3,4	0,2	22,6	46,8
Région de l'Asie de l'Est	7,2	25,4	3,0	42,9	78,5
Région du Pacifique occidental	40,0	42,0	0,5	45,7	128,2
Total	106	106	10	276	498

a La liste complète des pays par région OMS est présentée en annexe 10.

Ce ne sont cependant que quatre infections parmi plus d'une trentaine d'infections qui peuvent être transmises par voie sexuelle. Ces estimations sont fondées sur des données limitées provenant de la surveillance et d'études spécifiques, mais elles indiquent que la charge mondiale de morbidité des infections sexuellement transmissibles demeure élevée. Pour améliorer et affiner ces estimations, des données de meilleure qualité sur les infections sexuellement transmissibles doivent être collectées au niveau national et au niveau régional.

Encadré 3.5

Prévalence de l'infection à VIH et de la syphilis chez la femme enceinte : différences entre milieu urbain et milieu rural en Éthiopie

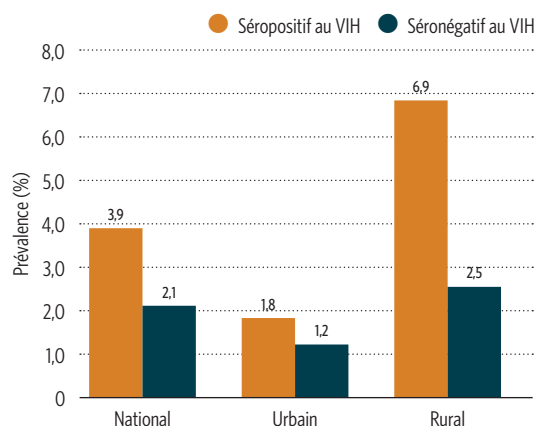
En 2009, l'Éthiopie a mené une enquête sentinelle anonyme non corrélée sur l'infection à VIH dans les consultations prénatales en effectuant un dépistage du VIH sur les restes des échantillons de sang prélevés pour le dépistage systématique de la syphilis par test diagnostique rapide à la réagine. L'enquête a été réalisée dans 114 sites sentinelles : 73 en milieu rural et 41 en milieu urbain.

Sur la base des résultats de tests réalisés sur 43 036 échantillons, la prévalence nationale de la syphilis a été estimée à 2,3 % : 2,6 % dans les sites ruraux et de 1,7 % dans les sites urbains. Les personnes vivant avec le VIH avaient un risque deux fois plus élevé que les personnes séronégatives d'avoir un test positif pour la syphilis (3,9 % contre 2,1 %). La prévalence de la syphilis était plus élevée chez les personnes vivant avec le VIH en milieu rural (6,9 %) que chez celles en milieu urbain (1,8 %) (figure 3.2).

Au vu de ces taux de prévalence, le Ministère fédéral de la santé d'Éthiopie a conclu qu'il fallait renforcer les services liés aux infections sexuellement transmissibles à travers le pays, en particulier en milieu rural. En outre, le dépistage et le traitement systématiques de la syphilis doivent également être rendus disponibles dans tous les services de soins prénatals tout au long de l'année.

Source : Report on the 2009 round antenatal care sentinel HIV surveillance in Ethiopia (24).

Figure 3.2 Prévalence de la syphilis (en %) dans une étude sentinelle en Éthiopie, en fonction du statut par rapport au VIH et du milieu (rural ou urbain), en 2009



généraux sont particulièrement appropriés pour répondre aux besoins de la population dans son ensemble ; dans les zones où la stigmatisation est forte et les obstacles juridiques sont nombreux, une offre de services spécifiques peut cependant s'avérer nécessaire pour certaines populations particulièrement exposées au VIH, comme les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, afin d'atteindre ces populations et garantir un accès suffisant à des interventions sanitaires adaptées. La prévalence des infections sexuellement transmissibles chez les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est examinée dans le chapitre 6. La prévalence des infections sexuellement transmissibles chez les femmes enceintes et leur accès aux interventions de lutte contre ces infections sont traités dans le chapitre 7.

3.2.3 Sécurité de l'approvisionnement en sang

On estime qu'environ 92 millions d'unités de sang sont obtenues par don chaque année dans le monde.¹ La moitié environ est prélevée dans les pays à revenu élevé et la moitié restante dans les pays à revenu faible ou moyen. Au cours de la dernière décennie, des avancées importantes ont été obtenues partout dans le monde pour améliorer l'approvisionnement en sang ; mais la garantie de la disponibilité et de l'innocuité du sang destiné à la transfusion est toujours un sujet de préoccupation dans de nombreuses situations, en particulier dans les pays à revenu faible. Une pénurie de sang peut conduire à des prélèvements de sang de donneurs de compensation à risque ou de donneurs rémunérés à risque, ou encore à des transfusions de sang sans dépistage préalable, contribuant ainsi à augmenter le risque de transmission transfusionnelle de l'infection à VIH ou d'une hépatite. Différentes

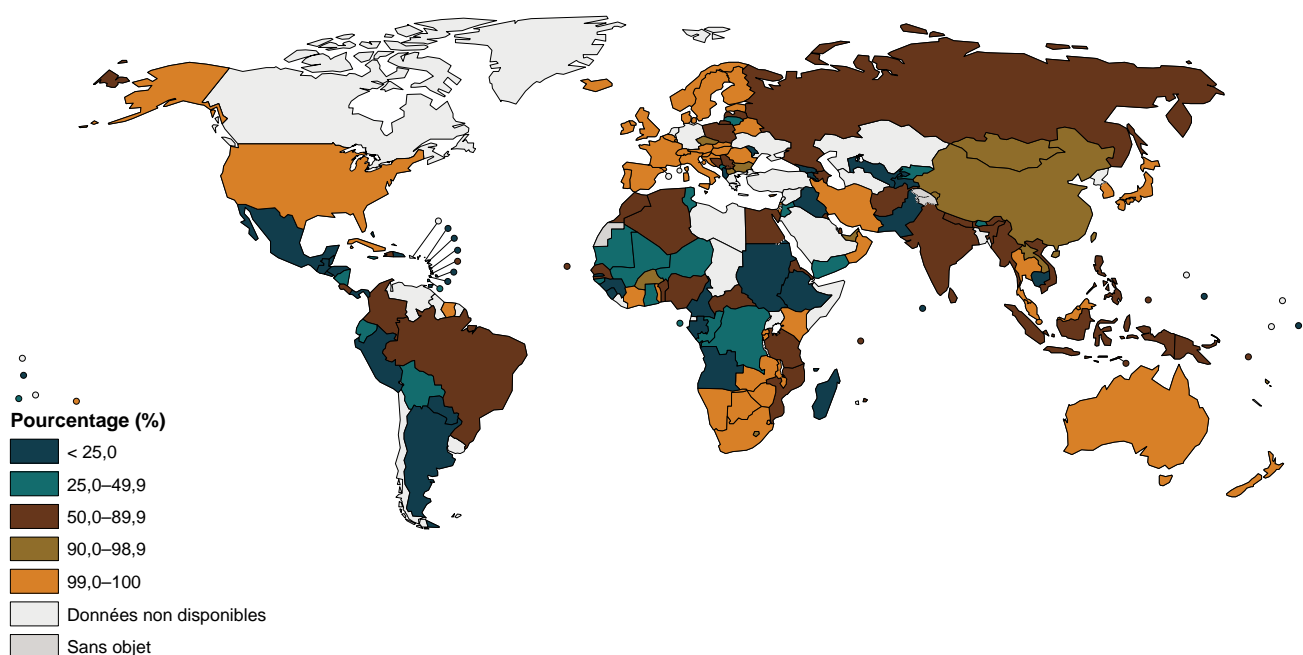
actions doivent être menées pour réduire l'incidence de l'infection à VIH due aux transfusions de sang à risque : mettre en place une stratégie intégrée sous la responsabilité d'un service de transfusion sanguine coordonné au niveau national ; assurer la collecte de sang auprès de donateurs volontaires et bénévoles ; assurer pour tous les dons de sang un dépistage des infections à transmission transfusionnelle comme l'infection à VIH ; et garantir la formation appropriée des cliniciens sur l'usage rationnel du sang.

Selon les estimations, les dons nécessaires pour répondre aux besoins les plus élémentaires en sang d'un pays s'élèvent à un niveau minimum généralement accepté de 10 unités pour 1000 habitants et par an. Les taux de dons de sang sont plus de 13 fois supérieurs dans les pays à revenu élevé que dans les pays à revenu faible. Le taux médian de dons de sang pour 1000 habitants est de 36,4 unités (fourchette : 13,3-64,6) dans les pays à revenu élevé, de 11,6 (fourchette : 1,6-36,2) dans les pays à revenu moyen et de 2,8 (fourchette : 0,4-8,2) dans les pays à revenu faible (26).

En 2008, 70 pays (dont 21 à revenu faible et 41 à revenu moyen) ont signalé une augmentation des dons volontaires bénévoles supérieure à 10 % par rapport aux chiffres de 2007. Inversement, 23 pays à revenu faible ou moyen ont signalé une baisse supérieure à 10 % des dons volontaires bénévoles par rapport à l'année précédente. Parmi les 164 pays ayant transmis des données en 2008, 40 ont recueilli moins de 25 % de leur approvisionnement en sang auprès de donateurs volontaires bénévoles et une grande partie de l'approvisionnement en sang dans ces pays restait tributaire du don familial ou de compensation et de donneurs rémunérés (figure 3.3).

1 D'après les données de Global Database on Blood Safety (25) transmises directement à l'OMS en 2008 par 164 États Membres.

Figure 3.3 Pourcentage de sang provenant de dons volontaires et bénévoles, en 2008



Source : Global Database on Blood Safety de l'OMS [base de données en ligne] (25).

Tableau 3.3 Situation mondiale des dons de sang ayant bénéficié d'un dépistage soumis à une procédure d'assurance qualité en 2008

Catégorie de revenu (nombre pays ayant transmis des données)	Nombre total d'unités obtenues	% d'unités bénéficiant d'un dépistage soumis à une procédure d'assurance qualité	Nombre d'unités n'ayant pas bénéficié d'un dépistage soumis à une procédure d'assurance qualité
Revenu élevé (n = 34)	27 541 000	99,7%	74 000
Revenu moyen (n = 47)	13 041 000	83,6%	2 133 000
Revenu faible (n = 24)	1 642 000	53,4%	765 000
Total (n = 105)	42 224 000	92,9%	2 972 000

Source : Global Database on Blood Safety de l'OMS [base de données en ligne] (25).

Afin d'assurer la sécurité de l'approvisionnement en sang, les dons de sang doivent bénéficier d'un dépistage soumis à une procédure d'assurance qualité, incluant l'utilisation de modes opératoires normalisés et la participation à un système externe d'évaluation de la qualité (27). Les données sur le pourcentage d'approvisionnements en sang ayant bénéficié d'un dépistage soumis à une procédure d'assurance qualité en 2008 fournies par 105 pays¹ continuent de montrer un écart important entre les pays : alors que 99,7 % des dons de sang dans les pays à revenu élevé et 83,6 % dans les pays à revenu moyen ont bénéficié d'un dépistage soumis à cette procédure d'assurance

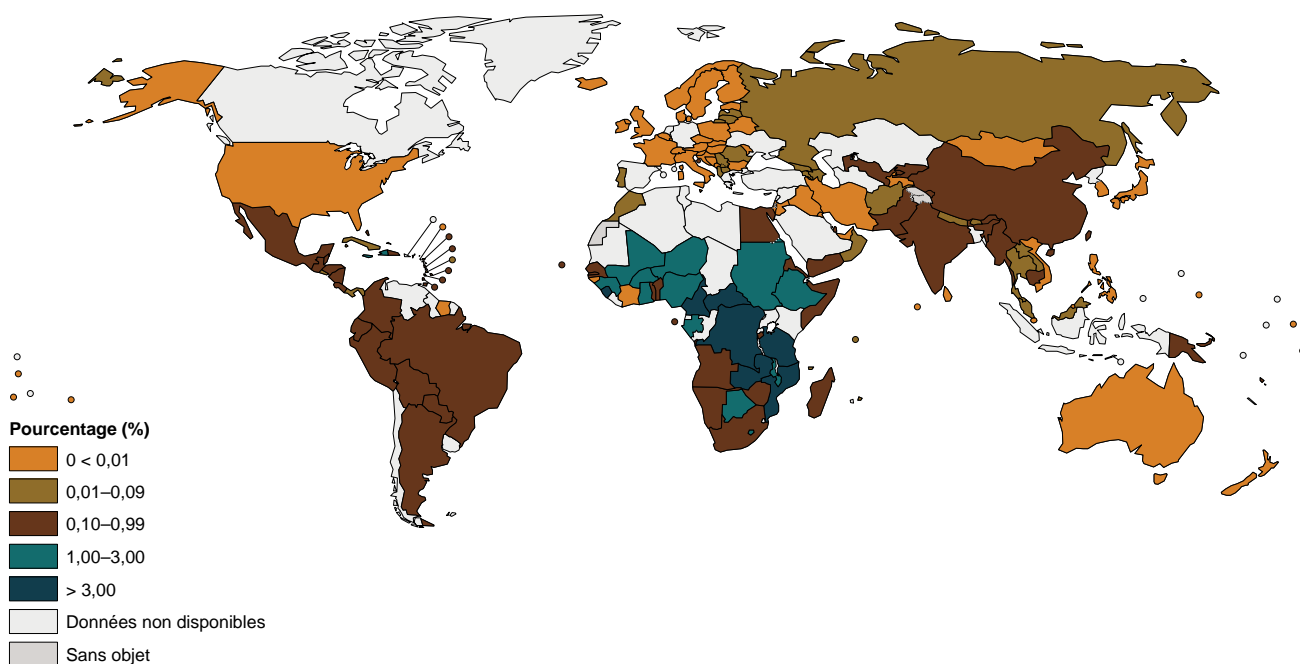
1 Y compris les données de Global Database on Blood Safety (25) pour 97 pays ainsi que les données collectées par le processus d'établissement des rapports de l'ONUSIDA pour l'Assemblée générale des Nations Unies concernant l'Algérie, l'Arabie saoudite, la Bulgarie, Chypre, l'Espagne, Monaco, le Japon et la Tunisie.

qualité, la proportion était nettement inférieure dans les pays à revenu faible avec seulement 53,4 %. On estime que le nombre de dons non soumis à un dépistage selon les procédures requises d'assurance qualité atteindrait au moins 2,97 millions – dont 2,90 millions dans les pays à revenu faible ou moyen (tableau 3.3).

De plus, sur les 164 pays ayant fourni des données sur le dépistage des infections à transmission transfusionnelle – notamment l'infection à VIH, l'hépatite B, l'hépatite C et la syphilis – 5 pays à revenu élevé, 21 pays à revenu moyen et 13 pays à revenu faible ont signalé être dans l'incapacité de réaliser le dépistage d'une ou plusieurs de ces infections pour l'ensemble de leurs dons de sang. Dans de nombreux pays à revenu faible ou moyen, l'un des obstacles les plus fréquemment signalés au dépistage systématique de tous les dons de sang collectés est le manque de continuité dans l'approvisionnement en kits de test. Parmi les 98 pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données, un tiers ont signalé une rupture de stock de kits de test pour le dépistage d'infections à transmission transfusionnelle à un moment donné au cours de la période de 12 mois faisant l'objet du rapport. Ceci est particulièrement préoccupant, étant donné la persistance de taux de prévalence élevés de l'infection à VIH dans les dons de sang de nombreux pays à revenu faible ou moyen (figure 3.4). Les différences s'expliquent par des variations de la prévalence dans la population de personnes qui remplissent les critères pour donner leur sang, le type de donneurs de sang (par exemple les donneurs volontaires bénévoles issus de populations à moindre risque) et l'efficacité du système pour sensibiliser et sélectionner les donneurs de sang.

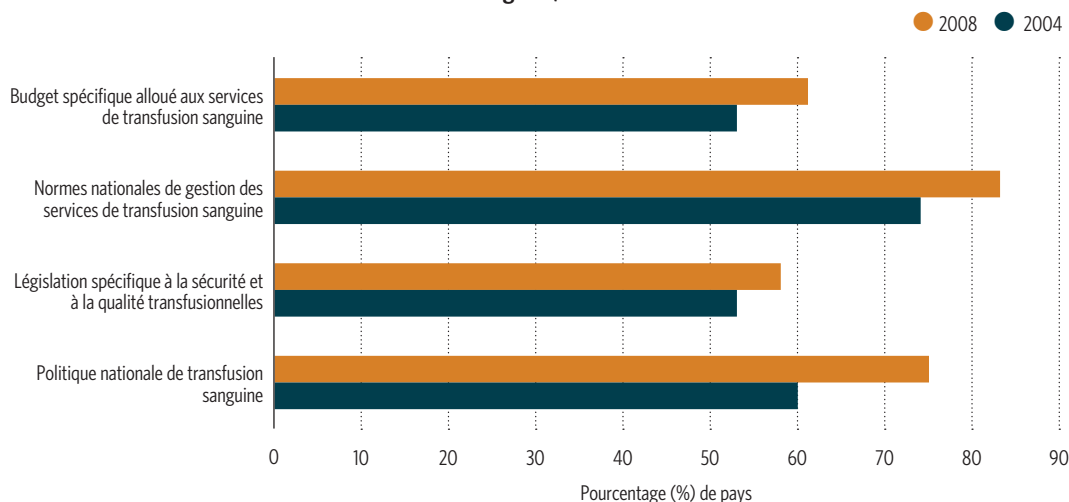
L'OMS recommande que toutes les activités liées au prélèvement, au dépistage, au traitement, au stockage

Figure 3.4 Prévalence de l'infection à VIH dans les dons de sang par pays (% où le test est positif ou réactif au VIH), en 2008



Source : Global Database on Blood Safety de l'OMS [base de données en ligne] (25).

Figure 3.5 Pourcentage de pays ayant signalé certaines politiques ou mécanismes pour mettre en place un système de coordination nationale des services de transfusion sanguine, en 2004 et 2008



Source : Global Database on Blood Safety de l'OMS [base de données en ligne] (25).

et à la distribution de sang soient coordonnées au niveau national par une organisation efficace et une politique nationale de transfusion sanguine, et que celle-ci soit appuyée par une législation adéquate visant à promouvoir des normes mises en place de façon uniforme et une constance dans la qualité et la sécurité du sang et des produits sanguins (28). Depuis 2004, davantage de pays sont parvenus à élaborer et à adopter certains des éléments essentiels pour une coordination nationale des services de transfusion sanguine (figure 3.5).

Globalement, les tendances ont été positives au cours des 10 dernières années. La sécurité des transfusions sanguines demeure pourtant un sujet de préoccupation, surtout dans les pays à revenu faible ou moyen qui connaissent une prévalence élevée des infections à transmission transfusionnelle chez les donneurs de sang, des pénuries régulières de sang, une dépendance fréquente vis-à-vis des dons familiaux ou de compensation et des dons rémunérés, ainsi qu'un dépistage du sang dont la qualité et la couverture sont insuffisantes. Il est important d'intensifier les efforts en cours pour renforcer les systèmes nationaux de transfusion sanguine et assurer un approvisionnement suffisant en sang sécurisé dans le monde entier, en particulier dans les pays à revenu faible ou moyen.

3.2.4 Nouvelles technologies de prévention de l'infection à VIH

3.2.4.1 Prophylaxie antirétrovirale pré-exposition appliquée localement ou prise par voie orale pour prévenir la contamination par le VIH chez les personnes séronégatives

Après la publication des résultats novateurs de plusieurs essais cliniques, les fondements scientifiques sur lesquels repose l'utilisation d'antirétroviraux pour prévenir la contamination par le VIH chez les personnes

non infectées ont considérablement évolué en 2010 et 2011.

En juillet 2010, le premier essai à publier des résultats sur l'utilisation d'un gel à base de ténofovir appliqué localement chez la femme pour prévenir la contamination par le VIH a rapporté une efficacité globale de 39 %, avec des résultats sensiblement meilleurs chez les femmes qui utilisaient le gel très régulièrement (21). En novembre 2010, l'essai iPREX (29) mené dans plusieurs pays, dans lequel des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes prenaient quotidiennement par voie orale des comprimés associant du ténofovir et de l'emtricitabine, a montré qu'une prophylaxie pré-exposition (PrEP) était efficace à 44 % pour prévenir la transmission du VIH et que les résultats étaient plus probants encore chez ceux qui prenaient les antirétroviraux en suivant strictement la prescription. Fait important, cet essai est une démonstration de faisabilité de la prophylaxie pré-exposition par voie orale chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

L'essai FEM-PrEP évaluait chez la femme au Kenya, en Afrique du Sud et en République-Unie de Tanzanie l'efficacité de la prise par voie orale de comprimés associant du ténofovir et de l'emtricitabine ; cet essai a été interrompu en avril 2011 quand une analyse intermédiaire a révélé qu'il ne serait pas en mesure de trouver une différence dans la réduction des risques, s'il en existait une, entre le groupe de traitement et le groupe recevant un placebo (30). Deux essais chez les hommes et les femmes hétérosexuels ont par la suite apporté des résultats encourageants. Parnters PrEP, un essai mené chez des couples sérodiscordants (couples dans lesquels un seul des deux partenaires vit avec le VIH) au Kenya et en Ouganda, a comparé deux formulations orales de prophylaxie pré-exposition, ténofovir seul et ténofovir plus emtricitabine, à un

Tableau 3.4 Résumé des études publiées récemment sur la prophylaxie pré-exposition appliquée localement ou prise par voie orale

Nom de l'étude	Type et antirétroviraux utilisés	Population d'étude	Date de publication des résultats	Résultats de l'étude
CAPRISA 004 (21)	Prophylaxie pré-exposition - gel vaginal contenant du ténofovir (1 %)	Femmes	Juillet 2010	Diminution globale de la contamination par le VIH de 39 %
iPrex (29)	Prophylaxie pré-exposition - ténofovir plus emtricitabine par voie orale	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	Novembre 2010	Diminution globale de la contamination par le VIH de 44 % et diminution de 79 % dans le groupe où l'observance de la prophylaxie était rigoureuse
FEM-PrEP (30)	Prophylaxie pré-exposition - ténofovir plus emtricitabine par voie orale	Femmes	Avril 2011	Interrompue en raison de l'absence de différence statistiquement significative
Partners PrEP (31)	Prophylaxie pré-exposition - ténofovir par voie orale	Couples où l'un des partenaires est séropositif au VIH et l'autre séronégatif	Juillet 2011	Diminution de la contamination par le VIH de 62 %
	Prophylaxie pré-exposition - ténofovir plus emtricitabine par voie orale	Couples où l'un des partenaires est séropositif au VIH et l'autre séronégatif	Juillet 2011	Diminution de la contamination par le VIH de 73 %
TDF2 (32)	Prophylaxie pré-exposition - ténofovir plus emtricitabine par voie orale	Hommes et femmes hétérosexuels séronégatifs au VIH	Juillet 2011	Diminution de la contamination par le VIH de 63 %

groupe témoin placebo. Dans cet essai, une réduction de 62 % du risque de contracter le VIH a été observée dans le groupe recevant des comprimés de ténofovir seul et une réduction de 73 % dans le groupe recevant des comprimés associant les deux antirétroviraux (31). En raison de cette efficacité notable de la prophylaxie pré-exposition, l'essai a été arrêté prématurément au moment d'un examen intermédiaire. Des résultats similaires ont été observés dans l'essai TDF2 avec des comprimés associant ténofovir plus emtricitabine ; cette étude de plus petite taille menée chez des hommes et des femmes hétérosexuels au Botswana a montré que la prise de ces comprimés était associée à une réduction globale de 63 % du risque de contracter le VIH (32).

L'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA, avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates, ont travaillé ces deux dernières années à planifier la mise en œuvre et l'intensification ultérieures de la prophylaxie pré-exposition une fois que les connaissances seront suffisantes pour former une base solide. Au cours de ce travail, des consultations ont été tenues dans huit pays où ont été menés ou planifiés des travaux de recherche sur la prophylaxie pré-exposition (Brésil, Équateur, Kenya, Pérou, Thaïlande, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe). En outre, cinq consultations régionales, organisées à Dakar, Nairobi, Brasilia, Bangkok et Johannesburg, ont rassemblé les pays disposant d'une expérience directe sur les essais de prophylaxie pré-exposition et d'autres pays pour lesquels il s'agit d'un sujet nouveau. Un dialogue sur ce thème ainsi que sur la planification pour mettre en œuvre la prophylaxie pré-exposition a ainsi vu le jour dans certains pays. Ces premiers efforts demeurent largement exploratoires dans la mesure où il reste à identifier, par la recherche opérationnelle, les populations les plus appropriées, les meilleurs points

de prestation et les méthodes de prestation les plus efficaces. Des lignes directrices sur la prophylaxie pré-exposition seront élaborées en s'appuyant sur les avancées et les résultats scientifiques tirés de la recherche opérationnelle (tableau 3.4).

3.2.4.2 Traitement antirétroviral pour la prévention chez les personnes vivant avec le VIH

Les connaissances scientifiques accumulées ces dernières années constituent une base solide montrant que le traitement antirétroviral, en diminuant la charge virale d'une personne et en restaurant son système immunitaire, réduit considérablement la transmission du VIH et l'incidence de la tuberculose.

Dans les pays à revenu élevé, l'administration appropriée d'une prophylaxie antirétrovirale aux femmes enceintes a conduit à l'élimination quasi-complète de l'infection à VIH chez l'enfant, apportant ainsi depuis de nombreuses années des données sur l'effet substantiel du traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Des modèles théoriques ont également suggéré que le traitement antirétroviral pourrait conduire à une réduction de l'incidence de l'infection à VIH et de la mortalité liées à cette infection ; et une méta-analyse incluant 11 cohortes (5021 couples sérodiscordants) a retrouvé en 2009 un risque de transmission sexuelle proche de zéro chez les personnes recevant un traitement antirétroviral et présentant une charge virale inférieure à 400 copies par millilitre (33-37).

Premier essai contrôlé randomisé mené dans plusieurs pays à démontrer que la prise d'un traitement antirétroviral s'accompagne d'une réduction significative de la transmission du VIH chez les couples sérodiscordants, l'étude HPTN 052 a joué un rôle

décisif et la publication de ses résultats en 2011 a considérablement renforcé la base des connaissances disponibles (encadré 3.6). Un examen systématique récent de la littérature a confirmé le rôle du traitement antirétroviral dans la prévention de l'infection à VIH chez les couples sérodiscordants où le partenaire vivant avec le VIH a un nombre de CD4 inférieur à 550 cellules/mm³ (38).

En outre, l'impact du traitement antirétroviral sur la transmission du VIH au niveau des communautés est de mieux en mieux décrit. En Colombie britannique, une diminution de la concentration plasmatique en ARN du VIH dans la communauté et une diminution de l'incidence de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues par injection étaient associées à l'utilisation du traitement antirétroviral (40). À San Francisco, le nombre de nouvelles infections à VIH diagnostiquées a chuté de 45 % et la charge virale moyenne chez les personnes vivant avec le VIH a chuté de 40 % entre 2004 et 2008, et l'incidence réelle de personnes nouvellement infectées par le VIH a diminué d'un tiers entre 2006 et 2008. Dans la province chinoise de Taiwan, une réduction de 53 % des nouveaux cas d'infection à VIH a été associée à l'accès gratuit au traitement antirétroviral (41).

L'OMS, l'ONUSIDA et leurs partenaires effectuent actuellement des recherches complémentaires afin de mieux comprendre l'impact du traitement antirétroviral sur la tuberculose, l'importance relative de la pharmacorésistance ainsi que d'autres hypothèses sur les résultats globaux du traitement, les effets de l'association prophylaxie pré-exposition et traitement antirétroviral, les coûts et les avantages des différentes stratégies et l'efficacité des différents modèles de

Encadré 3.6

L'étude HPTN 052

Commencé en 2005, l'essai HPTN 052 a suivi des couples sérodiscordants au Botswana, au Brésil, en Inde, au Malawi, en Afrique du Sud, en Thaïlande et au Zimbabwe (39). L'étude comportait deux bras : l'un dans lequel le ou la partenaire vivant avec le VIH dans un couple sérodiscordant recevait un traitement antirétroviral immédiatement si son taux de CD4 chutait en dessous de 550 cellules/mm³ ; et l'autre, le bras différé, dans lequel le ou la partenaire vivant avec le VIH ne recevait de traitement antirétroviral que lorsqu'il/elle réunissait les critères en vigueur pour le commencer, à savoir un nombre de CD4 égal ou inférieur à 250 cellules/mm³. Tous les participants ont reçu régulièrement un conseil pour les couples ainsi que des préservatifs.

L'étude a montré que la fourniture immédiate d'un traitement antirétroviral au partenaire vivant avec le VIH était associée à une réduction de 96 % de la probabilité de transmission de cette infection chez les couples sérodiscordants. Au 21 février 2011, le VIH-1 avait été transmis à 39 partenaires ; dans 28 de ces cas d'infection, un lien virologique a pu être établi avec le partenaire vivant avec le VIH, et un seul appartenait au groupe ayant commencé le traitement antirétroviral de façon précoce. Aucune différence significative n'a été retrouvée dans la probabilité de décès entre les deux bras de l'étude mais les événements cliniques liés au VIH ont diminué de 41 % dans le sous-groupe qui a reçu immédiatement un traitement antirétroviral.

prestation du conseil et du dépistage. Au fur et à mesure de la publication de nouvelles données scientifiques, l'OMS évaluera les conséquences de l'utilisation stratégique d'antirétroviraux pour la prévention de l'infection à VIH et ses répercussions pour l'élaboration de recommandations à destination des pays.

Références

1. OMS. *Prioritizing HIV prevention interventions in Global Fund applications for countries with generalized epidemics*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, sous presse.
2. Padian NS et al. Evaluation of large-scale combination HIV prevention programs: essential issues. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011 [Publication en ligne avant impression].
3. Schwartländer B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011, 377:2031-2041.
4. Padian NS et al. HIV prevention transformed: the new prevention research agenda. *Lancet*, 2011, 378:269-278.
5. Karim SS, Karim QA. Antiretroviral prophylaxis: a defining moment in HIV control. *Lancet*, 2011, doi:10.1016/S0140-6736(11)61136-7.
6. Shattock RJ et al. AIDS. Turning the tide against HIV. *Science*, 2011, 333:42-43.
7. Auvert B et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Medicine*, 2005, 2:e298.
8. Bailey RC et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2007, 369:643-656.
9. Gray RH et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, 2007, 369:657-666.
10. Lissouba P et al. Adult male circumcision as an intervention against HIV: An operational study of uptake in a South African community (ANRS 12126). *BioMed Central Infectious Diseases*, 2011, 11: 253.
11. OMS et ONUSIDA. *Nouvelles données sur la circoncision et la prévention du VIH : conséquences sur les politiques et les programmes. Montreux, 6-8 mars 2007. Conclusions et recommandations*. Consultation technique de l'OMS et de l'ONUSIDA. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/unaid/2007/a91109_fre.pdf, consulté en ligne le 14 février 2012).
12. Njeuhmeli E et al. Voluntary medical male circumcision: Modeling the impact and cost of expanding male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa. *PLoS Medicine*, sous presse.
13. Hallett TB et al. Will circumcision provide even more protection from HIV to women and men? New estimates of the population impact of circumcision interventions. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87:88-93.
14. Wawer MJ et al. Effect of circumcision of HIV-negative men on transmission of human papillomavirus to HIV-negative women: a randomised trial in Rakai, Uganda. *Lancet*, 2011, doi:10.1016/S0140-6735(10)61967-8.
15. OMS. *Considerations for implementing models for optimizing the volume and efficiency of male circumcision services. Field testing edition*. Genève, Organisation mondiale de Santé, 2010 (http://www.malecircumcision.org/programs/documents/mc_MOVE_2010_web.pdf, consulté en ligne le 14 février 2012).
16. Hankins CA, Njeumeli E, Forsyth S. Cost, impact, and challenges of scaling up voluntary medical male circumcision. *PLoS Medicine*, in press.
17. OMS et ONUSIDA. *Scaling-up male circumcision programmes in the Eastern and Southern African Region: country update meeting to share lessons, explore opportunities and overcome challenges to scale-up*. Consultation sous-régionale. Arusha, Tanzanie, 8-10 juin 2010. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/country_progress_meeting_report_jun10.pdf, consulté en ligne le 14 février 2012).
18. Central Statistical Office, Ministère de la Santé, Tropical Diseases Research Centre, University of Zambia et Macro International Inc. *Zambia Demographic and Health Survey 2007*. Calverton, MD., MEASURE DHS, 2007 (<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR211/FR211%5BRevised-05-12-2009%5D.pdf>, consulté en ligne le 14 février 2012).
19. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:3-17.
20. Tucker JD et al. Accelerating worldwide syphilis screening through rapid testing: a systematic review. *Lancet Infectious Diseases*, 2010, 10:381-386.
21. Abdool Karim Q et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science*, 2010, 329:1168-1174.

22. OMS. *Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006-2015 : rompre la chaîne de transmission*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/fr/index.html>, consulté en ligne le 14 février 2012).
23. OMS. *Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections: Chlamydia trachomatis, Neisserie gonorrhoeae, syphilis and Trichomonas vaginalis. Methods and results used by WHO to generate 2008 estimates*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, sous presse.
24. *Report on the 2009 round antenatal care sentinel HIV surveillance in Ethiopia*. Addis-Abeba, Federal Ministry of Health et Ethiopian Health and Nutrition Institute, 2011.
25. OMS. Global Database on Blood Safety de l'OMS [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/bloodsafety/global_database/en, consulté en ligne le 14 février 2012).
26. OMS. *WHO blood safety fact sheet 2011*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/worldblooddonorday/media/who_blood_safety_factsheet_2011.pdf, consulté en ligne le 14 février 2012).
27. ONUSIDA. *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida : directives pour l'élaboration d'indicateurs de base - Établissement des rapports 2010*. Genève, ONUSIDA, 2009 (http://data.unaids.org/pub/Manual/2009/JC1676_Core_Indicators_2009_fr.pdf, consulté en ligne le 14 février 2012).
28. OMS. *WHO aide-memoire: developing a national blood system*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/bloodsafety/publications/am_developing_a_national_blood_system.pdf, consulté en ligne le 14 février 2012).
29. Grant RM et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*, 2010, 363: 2587-2599.
30. *FEM-PrEP Project*. FHI 360, N.C., États-Unis d'Amérique, 2011 (<http://www.fhi360.org/en/Research/Projects/FEM-PrEP.htm>, consulté en ligne le 14 février 2012).
31. Baeten J. Antiretroviral pre-exposure prophylaxis for HIV-1 prevention among heterosexual African men and women: the Partners PrEP Study [présentation de diapositives]. 6^{ème} Conférence de l'IAS sur la pathogenèse, le traitement et la prévention du VIH, Rome, Italie, 17-20 juillet 2011 (Résumé MOAX0106 ; <http://pag.ias2011.org/flash.aspx?pid=886>, consulté en ligne le 14 février 2012).
32. Thigpen M et al. Daily oral antiretroviral use for the prevention of HIV infection in heterosexually active young adults in Botswana: results from the TDF2 study. 6^{ème} Conférence de l'IAS sur la pathogenèse, le traitement et la prévention du VIH, Rome, Italie, 17-20 juillet 2011 (Résumé WELBC01 ; <http://pag.ias2011.org/abstracts.aspx?aid=4631>, consulté en ligne le 14 février 2012).
33. Montaner JS et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *Lancet*, 2006, 368:531-536.
34. Granich R et al. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet*, 2009, 373: 48-57.
35. Walensky RP et al. Scaling up antiretroviral therapy in South Africa: the impact of speed on survival. *Journal of Infectious Diseases*, 2008, 197:1324-1332.
36. Velasco-Hernandez JX, Gershengorn HB, Blower SM. Could widespread use of combination antiretroviral therapy eradicate HIV epidemics? *Lancet Infectious Diseases*, 2002, 2:487-493.
37. Attia S et al. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 2009, 23:1397-1404.
38. Anglemyer A et al. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (8):CD009153.
39. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365:493-505.
40. Lawn SD, Kranzer K, Wood R. Antiretroviral therapy for control of the HIV-associated tuberculosis epidemic in resource-limited settings. *Clinics in Chest Medicine*, 2009, 30:685-699.
41. Fang CT et al. Decreased HIV transmission after a policy of providing free access to highly active antiretroviral therapy in Taiwan. *Journal of Infectious Diseases*, 2004, 190:879-885.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

4

Connaissance du statut sérologique par rapport au VIH

Le nombre d'établissements proposant conseil et dépistage du VIH continue d'augmenter : de 30 300 en 2007 (78 pays), ils sont passés à 78 000 en 2008 (111 pays), ont grimpé à 107 000 en 2009 (118 pays) pour atteindre le chiffre de 130 000 en 2010 (119 pays). Dans un sous-ensemble de 106 pays ayant transmis des données à la fois en 2009 et en 2010, le nombre médian d'établissements pour 100 000 habitants a augmenté, passant de 5,9 à 8,2 (39 %).

Le nombre de tests de dépistage du VIH a progressé à l'échelle mondiale. Dans un sous-ensemble de 87 pays ayant fourni des données en 2009 et en 2010, 72 millions de tests ont été effectués en 2010, contre 64 millions en 2009 ; le nombre médian de tests pour 1000 adultes a grimpé de 47 à 55, soit un gain de 17 %.

Des enquêtes en population, conduites dans des pays à faible revenu d'Afrique subsaharienne, montrent que, premièrement, la proportion de personnes indiquant avoir déjà passé un test de dépistage du VIH est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et, deuxièmement, la connaissance du statut sérologique pour le VIH reste malgré tout très insuffisante. Dans six pays où les résultats des enquêtes en population menées en 2007-2009 sont connus, une proportion importante de personnes interrogées n'avaient pas connaissance de leur séropositivité avant l'enquête - environ 30 % au Kenya et près de 70 % au Congo.

Les données disponibles révèlent une attrition (discontinuation de la prise en charge) très élevée du nombre de patients depuis le dépistage du VIH et le conseil jusqu'aux services de traitement, de soins et d'accompagnement. Il est nécessaire de mettre en place des modèles de prestation de services répondant aux besoins locaux et renforçant les liens entre services de dépistage et conseil et autres services, y compris la prévention, le traitement, les soins et l'accompagnement.

4.1 Aperçu des avancées obtenues et des principaux défis à relever

Le conseil et le dépistage du VIH constituent une voie d'accès essentielle vers les services, et sont donc indispensables pour élargir l'accès à la prévention et au traitement de l'infection à VIH et au bout du compte atteindre l'accès universel. Les données des établissements de santé et les enquêtes en population montrent que la disponibilité et l'utilisation du dépistage du VIH ont considérablement augmenté ces dernières années dans les pays à revenu faible ou moyen. La plupart des pays ont à présent adopté le dépistage à l'initiative du client et le dépistage à l'initiative du prestataire ainsi que des politiques de conseil, contribuant ainsi résolument à ce que la population générale et les populations clés les plus exposées au VIH ou les plus à risque de transmettre cette infection soient davantage sensibilisées à leur statut sérologique (1).

Le fait que la disponibilité et l'utilisation du conseil et du dépistage du VIH aient largement augmenté dans des contextes très divers a toutefois mis en évidence certaines carences majeures dont souffrent les programmes. Il est indispensable de pallier ces carences pour tirer le maximum de bénéfices des services de conseil et de dépistage pour les populations en vue de l'intensification de la prévention et du traitement de l'infection à VIH. En premier lieu, l'analyse des données disponibles permet de dresser deux constats : en situation d'épidémie généralisée, la plupart des personnes séropositives ignorent encore leur statut par rapport au VIH ; et en situation d'épidémies faibles ou concentrées, il n'est pas rare que les populations clés les plus exposées au VIH ne soient pas atteintes par les services de conseil et de dépistage du VIH en dépit de niveaux élevés de dépistage dans certains contextes (notamment dans les consultations prénatales). Des

efforts supplémentaires doivent être faits pour que le conseil et le dépistage du VIH atteignent de façon adéquate les groupes de population les plus exposés au VIH ; pour ces personnes, il est en effet essentiel de connaître en temps opportun leur statut par rapport au VIH afin de mettre en place des interventions de prévention et de commencer sans retard le traitement antirétroviral.

Par ailleurs, des données récentes indiquent que de nombreux patients sont perdus entre le conseil et le dépistage du VIH et les services de traitement, de soins et de soutien. Il arrive souvent que les personnes informées de leur séropositivité ne sont pas convenablement orientées vers les services appropriés, ce qui empêche leur inscription immédiate aux soins et nuit au suivi qui peut leur permettre de commencer en temps opportun un traitement antirétroviral. Ce n'est donc qu'avec une expansion et un renforcement considérables des liens entre le conseil et le dépistage et les autres services, y compris les interventions de prévention, que ces services de conseil et de dépistage joueront correctement leur rôle de principale voie d'accès à une riposte complète au VIH.

Enfin, l'accès aux services de conseil et de dépistage du VIH actuellement disponibles continue à être limité pour certaines classes d'âges de clients et par des barrières structurelles, opérationnelles, logistiques et sociales, notamment la stigmatisation et la discrimination ; autant d'obstacles qui doivent être levés. Les programmes nationaux cherchant des moyens d'améliorer la performance des programmes, priorité doit être donnée à des approches de conseil et de dépistage du VIH d'un bon rapport coût/efficacité et qui permettent d'améliorer au mieux la connaissance du statut sérologique par rapport au VIH.

Encadré 4.1

Remarque méthodologique

Les données présentées dans ce chapitre proviennent de deux types de sources. Le premier comprend les rapports sur les politiques, les programmes et les indicateurs, établis sur la base d'informations collectées dans les établissements de santé et adressés par les pays à l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF. Quand cela a été possible, ces données ont été compilées et vérifiées en collaboration avec les pays. Toutefois, ces données sont rarement validées de façon formelle car de nombreux pays ne disposent pas de système d'information stratégique approprié. L'agrégation de données provenant de différents pays peut aussi poser des problèmes méthodologiques dans la mesure où les définitions utilisées dans chacun d'entre eux ne sont pas nécessairement standardisées. Il est possible que les données sur l'offre de services et sur leur utilisation dans un pays ne couvrent pas l'ensemble des établissements de santé publics, privés et non gouvernementaux, ni tous les points de prestation de services qui proposent un conseil et un dépistage du VIH. De plus, les calculs de mesures agrégées, en particulier les médianes régionales, sont basés sur des sous-ensembles de pays disposant de données comparables, pays qui ne sont pas nécessairement représentatifs de leur région respective ; certains chiffres doivent donc être interprétés avec précaution.

Le second type de sources comprend les enquêtes nationales en population menées dans certains pays à revenu faible ou moyen. Généralement, ces enquêtes sont basées sur des échantillons représentatifs au plan national ; elles suivent habituellement des méthodologies standardisées qui fournissent des données comparables à partir de la déclaration des participants et concernant leur utilisation de services spécifiques liés au VIH, permettant ainsi d'estimer la couverture pour différents groupes de population. Dans certaines enquêtes, un échantillon de sang est aussi prélevé chez les participants à l'enquête qui acceptent d'être testés, moyen permettant de recueillir des informations sur le statut par rapport au VIH dans des groupes de population spécifiques. Ces enquêtes permettent d'obtenir une estimation de la connaissance du statut par rapport au VIH dont la qualité dépend des informations spécifiques demandées aux participants à l'enquête, en particulier sur la question de leur statut.

Les estimations fournies par ces deux sources de données peuvent diverger, notamment si les rapports des pays n'intègrent pas les informations en provenance de tous les établissements qui ne dépendent pas du gouvernement. Les enquêtes en population fournissent généralement des estimations plus précises sur l'utilisation des services.

Pour ce faire, l'OMS et l'ONUSIDA soutiennent l'adoption d'une combinaison de modèles de conseil et de dépistage du VIH qui soient innovants et d'un bon rapport coût/efficacité, tout en protégeant les droits humains de tous, en respectant les principes du consentement éclairé et de la confidentialité et en étant adaptés à l'épidémiologie locale et au contexte sur place (2). Le cadre de conseil et de dépistage du VIH est actuellement en train d'être mis à jour afin d'aider les pays à définir une combinaison d'approches appropriée et efficace pour le conseil et le dépistage du VIH en vue d'obtenir la meilleure couverture et le meilleur impact possibles de cette intervention.

Ce chapitre présente des données nationales sur la disponibilité et la couverture du conseil et du dépistage du VIH chez l'adulte dans la population générale. Le dépistage dans les populations clés les plus exposées au VIH est traité dans le chapitre 6 ; le chapitre 7 examine les données sur le dépistage chez les femmes enceintes et les nourrissons.

4.2 Politiques et programmes de conseil et de dépistage du VIH

En 2010, 113 des 126 pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données ont indiqué disposer de directives nationales sur la mise en œuvre du conseil et du dépistage à l'initiative du prestataire dans les établissements de santé : 20 pays (77 %) en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, 23 (96 %) en Amérique latine et dans les Caraïbes, 15 (79 %) en Europe et en Asie centrale, 37 (82 %) en Afrique subsaharienne, et 8 (67 %) au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

Sur 38 pays à épidémie généralisée d'infection à VIH ayant transmis des données, 32 ont déclaré que leurs directives recommandaient aux prestataires de soins de santé d'entreprendre un conseil et un dépistage chez tous les patients rencontrés, contre 19 en 2008.

Cela représente donc une avancée importante. Parmi les pays à épidémie faible ou concentrée, 86 des 93 pays ayant transmis données ont indiqué avoir des politiques ou des directives pour mettre en œuvre un conseil et un dépistage ciblant les populations les plus exposées au VIH.

4.3 Disponibilité du conseil et du dépistage du VIH et utilisation de ces services

Cette année, 119 pays à revenu faible ou moyen ont transmis des données sur l'offre de services de conseil et de dépistage du VIH dans les établissements de santé (tableau 4.1). En 2010, les services de conseil et de dépistage du VIH ont été fournis par 131 000 établissements de santé, contre 107 000 en 2009 (118 pays), 78 000 en 2008 (111 pays) et 30 300 en 2007 (78 pays).

Les données portant sur l'utilisation du conseil et du dépistage fournies par 108 pays montrent que 79 millions de personnes ont bénéficié de ce service en 2010, alors que 67,4 millions de tests avaient été signalés dans 100 pays en 2009 (tableau 4.2).¹ Les rapports des pays donnent le nombre total de personnes testées, mais ces chiffres ne sont pas corrigés pour tenir compte du nombre de personnes qui ont effectué plus d'une fois un test de dépistage au cours de la même année, nombre qui peut varier considérablement d'un pays à l'autre.

Le ratio du nombre d'établissements pour 100 000 habitants et le ratio du nombre de tests réalisés pour 1000 habitants sont présentés dans le tableau 4.2. Ils permettent de mieux saisir l'évolution au fil du temps de la disponibilité et de l'utilisation des services. En vue d'analyser les tendances, et par souci méthodologique, ces ratios ont été calculés uniquement pour les pays

¹ Les données par pays sont présentées dans l'annexe 2.

Tableau 4.1 Nombre d'établissements proposant un conseil et un dépistage du VIH et nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans ayant effectué un test VIH et reçu un conseil^a, par région (pays à revenu faible ou moyen), en 2010

Région	Nombre d'établissements proposant un conseil et un dépistage du VIH	Nombre de pays ayant transmis des données	Nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans ayant effectué un test et reçu un conseil ^a au cours des 12 derniers mois et en connaissant le résultat	Nombre de pays ayant transmis des données
Afrique du Nord et Moyen-Orient	2 000	12	1 100 000	13
Afrique subsaharienne	36 000	42	45 000 000	44
Amérique latine et Caraïbes	44 000	23	21 000 000	16
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	29 000	24	19 000 000	23
Europe et Asie centrale	20 000	18	8 900 000	16
Total	131 000	119	95 000 000	112

^a Sur la base du nombre de personnes testées signalé par les pays, mais ces chiffres ne sont pas corrigés pour tenir compte du nombre de personnes qui ont effectué plus d'une fois un test.

Tableau 4.2 Nombre d'établissements proposant un dépistage du VIH pour 100 000 habitants et nombre de tests^a pour 1000 habitants adultes dans les pays qui ont transmis des données pour 2009^b et pour 2010, par région

Région	Nombre médian d'établissements pour 100 000 habitants adultes (nombre de pays ayant transmis des données)		Nombre médian de tests pour 1000 habitants adultes (nombre de pays ayant transmis des données)	
	2009	2010	2009	2010
Afrique du Nord et Moyen-Orient	0,9	1,1	3,7	3,6
	(n = 6)		(n = 6)	
Afrique subsaharienne	8,6	12	70	82
	(n = 41)		(n = 43)	
Amérique latine et Caraïbes	18	24	52	56
	(n = 22)		(n = 12)	
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	1,2	1,6	15	22
	(n = 20)		(n = 17)	
Europe et Asie centrale	3,0	3,4	35	36
	(n = 15)		(n = 10)	
Médiane (tous les pays)	5,7	8,2	47	55

a Sur la base du nombre de personnes testées signalé par les pays, mais ces chiffres ne sont pas corrigés pour tenir compte du nombre de personnes qui ont effectué un test plus d'une fois.

b Suite à des mises à jour et des corrections apportées par les pays, il est possible que les données des pays diffèrent de celles publiées dans le rapport de situation de 2010 *Vers un accès universel* (3).

ayant fourni des données comparables pour 2009 et 2010. Il est toutefois important de garder à l'esprit que chaque sous-ensemble de pays inclus dans l'analyse n'est pas forcément entièrement représentatif de la région à laquelle il appartient ; il ne faut donc pas interpréter les chiffres pour autre chose que ce qu'ils sont.

Au total, 104 pays ont transmis des informations sur le nombre d'établissements proposant des services de conseil et de dépistage en 2009 et en 2010. Dans ce groupe, le nombre médian d'établissements pour 100 000 habitants adultes a augmenté de plus de 44 % en un an, passant de 5,7 à 8,2. Les variations régionales sont cependant considérables : l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient ainsi que l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est ont signalé moins de 2 établissements pour 100 000 habitants contre 12 en Afrique subsaharienne et 24 en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Un sous-ensemble de 87 pays ont fourni des données sur le nombre de tests effectués en 2009 et en 2010. Il ressort de ces données que le nombre de tests effectués a augmenté d'une année à l'autre, passant de 64 millions à 72 millions. Le nombre médian de tests effectués pour 1000 habitants adultes est passé de 47 à 55 dans le monde, soit une augmentation de 17 %. Toutes les régions ont enregistré une augmentation du nombre médian de tests pour 1000 habitants, sauf l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient où ce nombre est globalement resté stable. Il existe aussi d'importantes variations entre les régions : de 3,6 tests pour 1000 habitants en Afrique du Nord et au Moyen-Orient à 82 en Afrique subsaharienne.

4.4 Couverture du conseil et du dépistage du VIH

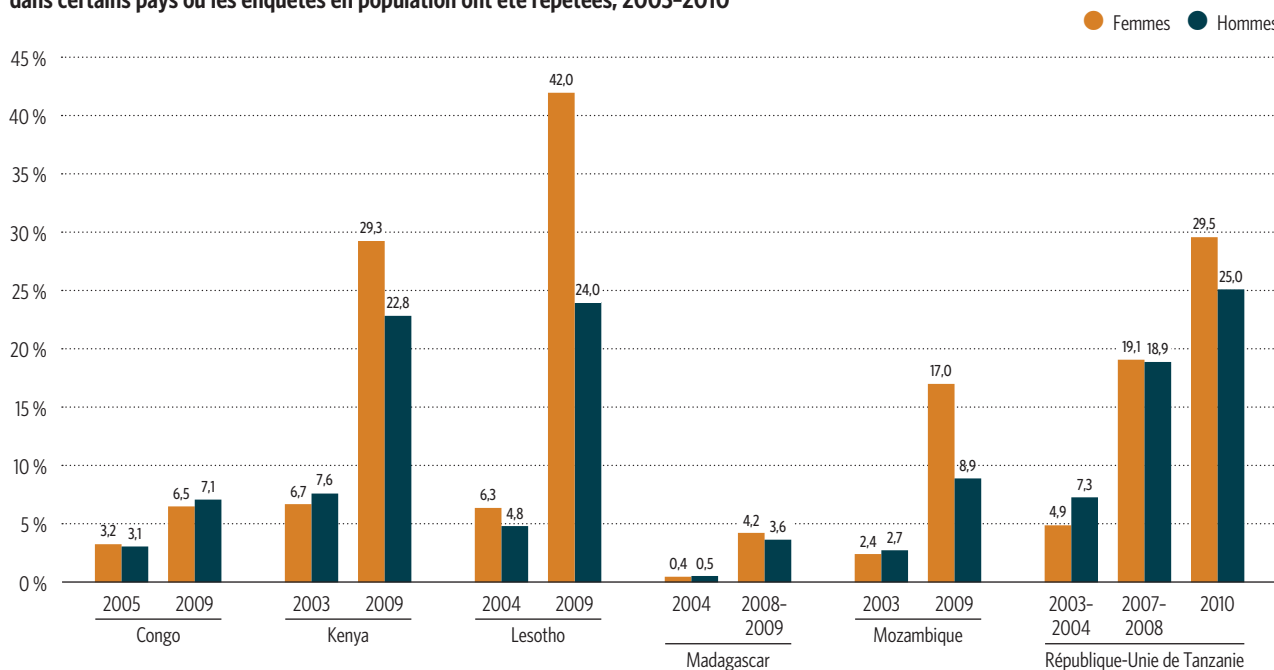
Un nombre croissant de pays mènent des enquêtes nationales, y compris des Enquêtes démographiques et santé, qui comprennent un module VIH. Elles fournissent des informations sur la proportion de participants à l'enquête qui signalent avoir effectué un test de dépistage du VIH au cours des 12 mois précédant celle-ci et sur la proportion de ceux qui ont déjà effectué un test de ce type par le passé. Lorsqu'elles sont répétées, ces enquêtes peuvent aussi contribuer à dégager les tendances de l'utilisation du dépistage et à suivre le degré d'utilisation des services de conseil et de dépistage du VIH par les personnes de la population enquêtée.

Une analyse des données provenant de pays qui ont mené et répété des enquêtes de population entre 2003 et 2010 révèle une augmentation substantielle du taux de dépistage du VIH à la fois chez les femmes et chez les hommes (figure 4.1). Au Lesotho, par exemple, le pourcentage de femmes ayant effectué un test au cours des 12 mois précédant l'enquête a augmenté de près de sept fois entre 2004 et 2009, passant de 6,3 % à 42,0 %, et de près de cinq fois chez les hommes, passant de 4,8 % à 24,0 %. En République-Unie de Tanzanie, le taux de dépistage effectué au cours des 12 mois précédant l'enquête est passé de 4,9 % à 29,5 % chez les femmes et de 7,3 % à 25,0 % chez les hommes entre la situation initiale mesurée en 2003-2004 et l'année 2010.

En outre, les taux de dépistage du VIH étaient généralement plus élevés chez les femmes que chez les hommes dans cinq des six pays ayant répété des enquêtes en 2009-2010. Au Congo, les proportions d'hommes et de femmes ayant effectué un test au cours des 12 mois précédant l'enquête étaient assez similaires, respectivement de 7,2 % et 6,5 %. Un pourcentage de dépistage plus élevé chez les hommes que chez les femmes avait été observé lors d'enquêtes antérieures menées au Kenya, au Mozambique et en République-Unie de Tanzanie en 2003 et en 2004 ; des enquêtes réalisées en 2009 et en 2010 ont montré une répartition opposée selon le sexe. Ceci semble indiquer que les femmes ont bénéficié davantage que les hommes des récents efforts visant à accroître le conseil et le dépistage du VIH, notamment par des campagnes nationales, par la mise en œuvre de politiques de conseil et de dépistage à l'initiative du prestataire et par une meilleure intégration entre les services liés au VIH et les services de santé maternelle et infantile.

En Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, l'utilisation du dépistage du VIH diffère entre les hommes et les femmes ; ceci peut être le reflet des schémas épidémiologiques locaux. Parmi les pays ayant transmis des données pour l'année 2010, la proportion d'hommes ayant effectué un test VIH était plus élevée dans les pays où les consommateurs de drogues par injection sont particulièrement nombreux (comme le Bangladesh, l'Indonésie et le Myanmar). Une proportion plus élevée de femmes ont effectué un test de dépistage dans les pays caractérisés par une

Figure 4.1 Pourcentage d'hommes et de femmes qui ont effectué un test VIH et reçu leur résultat au cours des 12 mois précédant l'enquête, dans certains pays où les enquêtes en population ont été répétées, 2003-2010



épidémie où le VIH se transmet principalement lors de rapports sexuels non protégés (comme l'Inde, le Népal, le Sri Lanka et la Thaïlande), de nombreuses femmes enceintes effectuant un test VIH par le biais des services de santé maternelle et infantile.

Le fait que de nombreuses personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique par rapport à cette infection constitue un obstacle majeur pour atteindre l'objectif d'accès universel au traitement et à la prévention. Faute de savoir qu'elles sont séropositives, une large proportion de personnes vivant avec le VIH continuent de se présenter tardivement pour le traitement, y compris dans les pays à revenu élevé (4),¹ réduisant ainsi l'efficacité du traitement antirétroviral sur la morbidité, la survie et la prévention de l'infection à VIH. Les enquêtes où les participants sont interrogés sur leur utilisation des services de dépistage et qui comprennent une composante sur la séroprévalence fournissent une indication approximative de la connaissance que les personnes vivant avec le VIH ont de leur statut par rapport à cette infection (5). Le tableau 4.3 présente les données sur la connaissance du statut par rapport au VIH avant l'enquête chez les personnes vivant avec le VIH dans un sous-ensemble de six pays africains où des enquêtes ont été menées entre 2007 et 2009. Le pourcentage de participants à l'enquête, séropositifs et qui déclarent avoir déjà effectué un test de dépistage du VIH, donne la limite supérieure de

Tableau 4.3 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont déjà effectué un test VIH et reçu leur résultat avant l'enquête : enquêtes nationales en population, 2007-2009

Pays	Année d'enquête	Femmes	Hommes	Les deux sexes
Congo	2009	35,2	21,1	30,9
Kenya	2008-2009	73,5	58,6	68,9
Lesotho	2009	70,8	51,8	64,4
Mozambique	2009	43,2	30,1	38,7
République-Unie de Tanzanie	2007-2008	43,7	30,8	39,0
Sao Tomé-et-Principe	2008-2009	^a	^a	41,0

Sources : *Demographic and Health Surveys* [site Internet] (6).

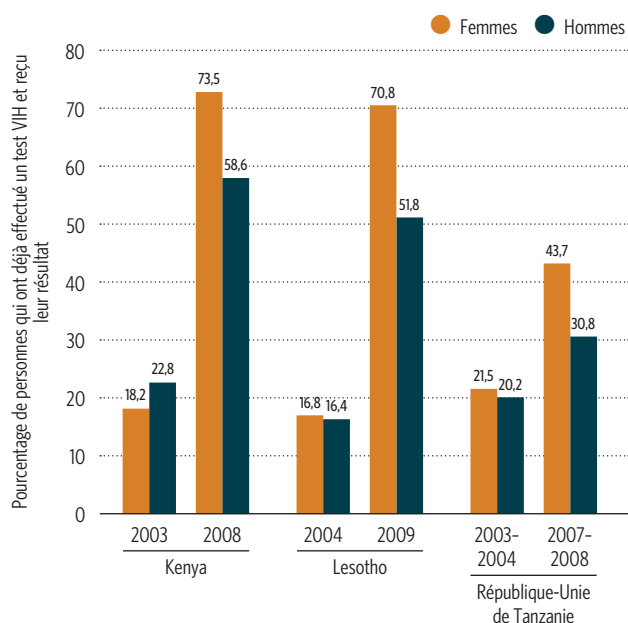
^a L'indicateur correspondant n'est pas spécifié quand le dénominateur est basé sur moins de 50 cas.

l'estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique.² Les résultats montrent que de nombreux participants n'avaient pas connaissance de leur séropositivité avant l'enquête, avec des variations considérables entre les pays : de 30 % environ au Kenya à près de 70 % au Congo. Dans les pays ayant transmis des données, les femmes étaient également plus souvent informées que les hommes de leur statut par rapport au VIH.

1 On estime qu'un tiers des personnes vivant avec le VIH dans l'Union européenne ne savent pas qu'elles sont séropositives (4). Aux États-Unis d'Amérique, le diagnostic d'infection à VIH a été posé tardivement dans 32 % des cas en 2007, ce qui laisse penser qu'au moins la même proportion de personnes vivent avec le VIH sans connaître leur séropositivité (5).

2 Le degré d'exactitude de la connaissance du statut par rapport au VIH n'est pas aussi élevé que le suggère ce pourcentage : certaines personnes qui ont fait un test VIH ont peut-être fait une séroconversion après avoir effectué un test dont le résultat était négatif. Ceci a par exemple été bien documenté dans l'enquête Kenya AIDS Indicator Survey [KAIS] (Enquête sur les indicateurs concernant le sida au Kenya) réalisée en 2007.

Figure 4.2 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont déjà effectué un test VIH et reçu leur résultat avant l'enquête dans des pays où une enquête en population a été répétée, 2003-2009



Des enquêtes successives menées entre 2003 et 2009 au Kenya, au Lesotho et en République-Unie de Tanzanie montrent que les personnes vivant avec le VIH sont beaucoup plus souvent informées qu'auparavant de leur séropositivité (figure 4.2). La proportion d'hommes vivant avec le VIH qui étaient informés de leur séropositivité a augmenté de plus de 50 % en République-Unie de Tanzanie entre 2003-2004 et 2007-2008 et a triplé au Lesotho entre 2004 et 2009. Des avancées remarquables ont également eu lieu chez les femmes : sur la même période, la proportion de femmes vivant avec le VIH qui connaissaient leur séropositivité a augmenté de plus de 400 % au Lesotho. Malgré ces résultats, les données disponibles indiquent que de nombreuses personnes ayant un résultat positif au test VIH ne sont pas orientées immédiatement ou de façon adéquate vers les services de soins et de traitement appropriés ; le conseil et le dépistage du VIH ne peuvent alors atteindre leur objectif final, à savoir augmenter l'utilisation d'autres interventions essentielles de santé.

Encadré 4.2

Conseil et dépistage du VIH pour les couples

Jusqu'à ce jour, les approches du conseil et du dépistage du VIH ont presque exclusivement porté sur la prestation de service individualisée. Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne à épidémie généralisée d'infection à VIH, les trois quarts des adultes âgés de 20 à 49 ans vivent cependant en concubinage (6). Dans cette région, dans un contexte de forte prévalence et d'épidémie généralisée, jusqu'à la moitié des personnes séropositives en relation stable pourraient avoir un partenaire séronégatif. Cette proportion a été signalée à la fois dans la population générale (7-9) et plus particulièrement chez les femmes et leurs partenaires vus en consultation prénatale (10).

Le fait que les deux partenaires effectuent ensemble un test de dépistage du VIH et partagent leur statut sérologique présente de nombreux avantages potentiels, le couple pouvant alors prendre des décisions éclairées en matière de prévention de l'infection et de conception. D'après les résultats de nombreuses études publiées, les comportements préventifs augmentent chez les personnes vivant avec le VIH et dans les couples où l'un des deux partenaires est séropositif et l'autre séronégatif une fois que chacun connaît son statut sérologique par rapport au VIH. En outre, fournir un traitement antirétroviral à une personne vivant avec le VIH peut réduire considérablement la transmission du VIH à son partenaire si celui-ci est séronégatif (11,12). Les couples où les deux partenaires font ensemble le test de dépistage du VIH et partagent leur statut sérologique bénéficient d'autres avantages potentiels : chacun peut apporter son soutien à l'autre que ce soit pour accéder au traitement antirétroviral et aux interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ou pour s'assurer que ceux-ci sont observés correctement. L'OMS élabore actuellement des orientations normatives sur des interventions (notamment le conseil et le test) ciblant les couples où l'un des partenaires est séropositif au VIH et l'autre séronégatif.

Encadré 4.3

Conseil et dépistage du VIH pour les adolescents et les jeunes

On estime que 2 millions d'adolescents (âgés de 10 à 19 ans) vivent avec le VIH, la plupart ignorant leur statut par rapport à cette infection. Dans la mesure où de nombreux pays ne disposent pas de données ventilées par âge et par sexe sur l'utilisation du conseil et du dépistage du VIH chez les jeunes, il est impossible de produire des estimations régionales. Toutefois, d'après des données issues d'enquêtes récentes menées en Afrique subsaharienne, seulement 15 % des jeunes femmes et 10 % des jeunes hommes âgé(s) de 15 à 24 ans ont effectué un test de dépistage du VIH et connaissent leur statut par rapport à cette infection (13). Par conséquent, de nombreux adolescents et jeunes adultes sont diagnostiqués tardivement et n'ont accès au traitement qu'une fois qu'ils présentent un déficit immunitaire sévère. Une étude réalisée au Zimbabwe a révélé qu'environ 50 % des adolescents hospitalisés dans des établissements de santé primaire pour des soins aigus étaient séropositifs et que l'infection à VIH était responsable d'environ 75 % des décès d'adolescents hospitalisés (14). Améliorer l'application des lignes directrices pour le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire chez les clients adolescents recevant des soins chroniques pourrait favoriser, dans cette population, le diagnostic plus précoce de l'infection à VIH et limiter la mise tardive sous traitement antirétroviral.

Les données de prévalence par classe d'âge montrent clairement une disparité de la prévalence de l'infection à VIH entre les sexes avant 15 ans et indiquent comment la transmission autre que verticale affecte les adolescents. Au Botswana, la prévalence de l'infection à VIH chez les hommes âgés de 15 à 19 ans était de 2,4 % en 2008 mais atteignait 5 % chez les jeunes femmes du même groupe d'âge (15). Un tableau similaire a été observé en Afrique du Sud, où la prévalence de l'infection à VIH chez les hommes âgés de 15 à 19 ans était de 2,5 % en 2008 contre 6,7 % chez les jeunes femmes (16). Ces résultats soulignent la nécessité d'augmenter l'utilisation du dépistage chez l'adolescent, notamment par le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire. L'OMS élabore actuellement des orientations mondiales sur le conseil et le dépistage du VIH pour les adolescents afin d'aider à combler ce retard en matière de diagnostic et d'utilisation du conseil et du dépistage dans cette population. L'UNICEF, l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour la Population s'emploient également à renforcer les capacités des prestataires de services et le plaidoyer en développant un réseau de formateurs et des orientations dans des domaines clés pour les adolescents vivant avec le VIH.

Sources : Botswana AIDS Impact Survey III (BAIS III), 2008: preliminary results (15) et Shisana O et al. (16).

4.5 Parvenir à un accès universel au conseil et au dépistage du VIH – efficacité des différents modèles

Il est urgent d'utiliser plus largement d'autres modèles de conseil et de dépistage du VIH pour aboutir à une connaissance universelle du statut sérologique par rapport à cette infection et à une couverture plus équitable (figure 4.3). Le conseil et le dépistage du VIH étaient fournis au départ principalement via le modèle du conseil et du dépistage volontaire et plus récemment grâce au conseil et au dépistage à l'initiative du prestataire ; ce dernier modèle a montré qu'il augmentait l'utilisation du dépistage dans de nombreux contextes, notamment dans les services de consultations prénatales (17). Néanmoins, il est de plus en plus admis que des approches supplémentaires doivent compléter l'approche volontaire et l'approche à l'initiative du prestataire afin d'étendre plus rapidement la disponibilité et l'utilisation du conseil et du dépistage du VIH en général. Plusieurs programmes nationaux ont déjà introduit bon nombre de ces approches, parmi lesquelles on retrouve les campagnes publiques, le dépistage mobile, le dépistage sur le lieu de travail, le dépistage à domicile et le dépistage en milieu scolaire.

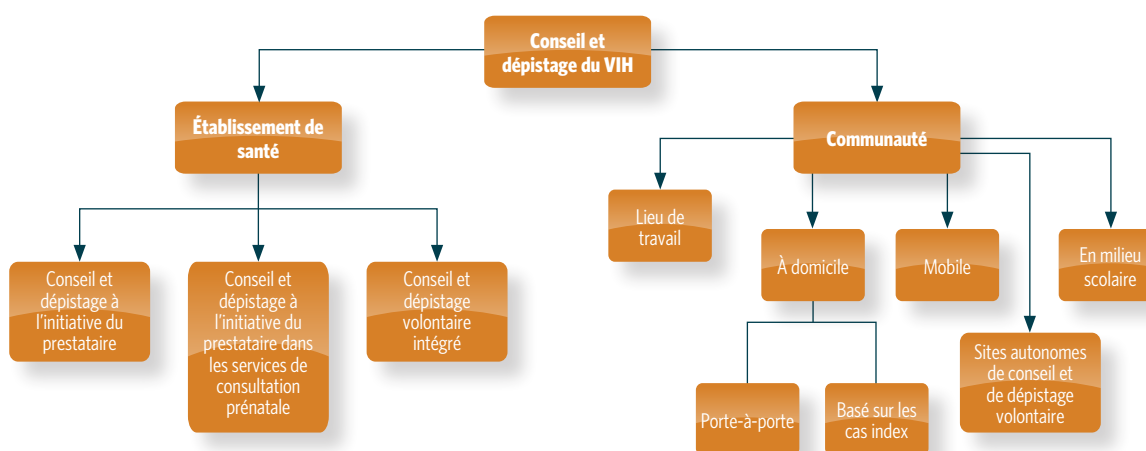
Le conseil et le dépistage du VIH à domicile sont des services qui peuvent être fournis à toute la population d'une communauté ou à tous les membres d'un ménage où vit une personne connue pour être atteinte de tuberculose ou infectée par le VIH (patient index). Cette approche vise à accroître l'accès au dépistage du VIH tout en réduisant la stigmatisation associée à ce dépistage dans les établissements de santé (18,19). Les données suggèrent que cette stratégie offre un bon rapport coût/efficacité, augmente l'utilisation du dépistage (20–22) et réduit les inégalités dans l'accès aux services existants de dépistage (encadré 4.4) (23). Néanmoins, les données sont limitées sur son impact dans divers contextes épidémiologiques et sur la façon dont elle influence l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien une fois un diagnostic d'infection posé. Le conseil et le dépistage mobiles du VIH visent à améliorer

l'accès au dépistage du VIH et la couverture de ce service en utilisant des camionnettes, des camions et d'autres sites mobiles en plus des structures existantes telles que les établissements scolaires (24). D'après des données provenant de Thaïlande, de République-Unie de Tanzanie et du Zimbabwe, le dépistage mobile peut permettre une plus grande utilisation des services de dépistage, notamment chez les clients les plus jeunes, comparé à l'utilisation du conseil et du dépistage volontaire en établissement de santé (25). Ces données suggèrent aussi que les approches mobiles pour le conseil et le dépistage du VIH offrent un bon rapport coût/efficacité, touchant une large proportion des personnes qui n'ont pas connaissance de leur statut par rapport au VIH. La technique du porte-à-porte et l'approche mobile du conseil et du dépistage du VIH peuvent faciliter de manière déterminante l'accès au conseil et au dépistage des populations difficiles à atteindre, notamment celles qui vivent dans des communautés rurales ou des zones mal desservies par les établissements de santé officiels.

L'objectif du conseil et du dépistage du VIH sur le lieu de travail est de fournir aux employés ces services sur le lieu même de leur travail et de leur rendre rapidement le résultat, souvent le jour même où le test est effectué (26). Il a été prouvé qu'en proposant ces services à un moment et à un endroit pratiques, tout en garantissant la confidentialité et l'utilisation volontaire de ces services, le dépistage du VIH est plus fréquent sur le lieu de travail que si les employés sont orientés vers un site de conseil et de dépistage volontaire à l'extérieur, surtout chez les hommes (27).

Les campagnes nationales de conseil et de dépistage du VIH sont des activités à l'échelle nationale pour améliorer la demande et augmenter l'accès à l'égard des services de dépistage et pour normaliser le dépistage du VIH au niveau communautaire. Les campagnes peuvent être de durée variable, allant de plusieurs jours à plusieurs années. Différents pays ont lancé des campagnes nationales, et certains ont intégré le conseil et le dépistage du VIH à des campagnes de prévention d'autres maladies dans le but d'améliorer

Figure 4.3 Différents modèles de conseil et de dépistage du VIH^a



^a Dans le modèle basé sur les cas index, le conseil et le dépistage du VIH sont proposés aux membres des ménages où vit une personne infectée par le VIH ou atteinte de tuberculose, appelée aussi patient index.

conjointement la couverture de plusieurs services de prévention. En Afrique du Sud, une ambitieuse campagne nationale a été lancée en avril 2010 pour encourager 15 millions de personnes sexuellement actives âgées de 12 ans et plus à effectuer un test VIH sur une période de 12 mois ; plus de 10 millions de personnes ont fait un test de dépistage et 1,7 millions d'entre elles ont été diagnostiquées comme vivant avec le VIH (28). Cette campagne, la plus importante à ce jour dans le monde, a mobilisé des établissements de santé, des sites autonomes de dépistage du VIH, des services de dépistage mobiles, des pharmacies et des universités ; une planification est actuellement en cours pour mettre en œuvre cette campagne dans des écoles secondaires afin de cibler les enfants âgés de 12 ans et plus. Au Kenya, une campagne ciblée d'une semaine contre l'infection à VIH, le paludisme et les maladies diarrhéiques a visé les communautés. Elle a permis de fournir des conseils en matière d'éducation sanitaire, des moustiquaires imprégnées d'insecticide et des préservatifs à plus de 47 000 personnes, soit 87 % de la population ciblée âgée de 15 à 49 ans. Presque tous (99,7 %) les participants ont fait un test de dépistage du VIH et 4,2 % étaient séropositifs. Il convient de noter qu'il s'agissait du premier test de dépistage du VIH pour plus de 80 % des personnes touchées par cette campagne (29).

Il est important que chaque pays accorde la priorité aux approches de conseil et de dépistage du VIH qui soient pertinentes en fonction des types d'épidémies et des contextes rencontrés sur place. Le tableau 4.4 met en évidence les principales conclusions d'un examen de la littérature sur les populations touchées et les coûts selon les estimations par type de modèle de conseil et de dépistage. Les données disponibles montrent que le dépistage à domicile peut être un moyen adéquat d'inciter les partenaires d'un couple

à faire ensemble un test de dépistage, alors que le dépistage sur le lieu de travail et les campagnes peuvent être des approches de conseil et de dépistage du VIH qui conviennent particulièrement pour toucher les hommes. Les données publiées sur le coût des différents modèles sont limitées ; elles indiquent que l'approche traditionnelle du conseil et du dépistage volontaire peut se révéler un modèle plus cher que d'autres approches communautaires ou que le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire.

Bien que limitées, quelques études se sont penchées sur le degré d'efficacité avec lequel les personnes sont orientées vers les services de prévention et de soins suite à un conseil et à un dépistage du VIH. La plupart des données disponibles sur les liens entre le conseil et le dépistage du VIH et les services de soins proviennent d'études menées dans des établissements de santé, tels que les services de consultations prénatales (30) ou de prise en charge de la tuberculose. Elles montrent qu'en cas de résultat positif au test, les personnes sont souvent orientées de façon inadéquate vers les services de traitement antirétroviral qui peuvent pourtant leur apporter une aide précieuse dans la prise en charge clinique de leur maladie (31). Leur orientation peut poser certaines difficultés aux sites communautaires de conseil et de dépistage dépourvus de connexions directes avec des services de soins. En Ouganda, par exemple, seulement 10,5 % des personnes identifiées comme vivant avec le VIH par le conseil et le dépistage à domicile ont été orientées pour un traitement antirétroviral (32). Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre comment ces autres modèles de dépistage peuvent mieux connecter les personnes identifiées comme séropositives avec les services de prévention et de soins (tableau 4.4, encadré 4.4).

Tableau 4.4 Synthèse par type de modèle de dépistage, taux de séropositivité, nombre de CD4 et coûts^a

Modèle de dépistage	% d'hommes parmi les personnes ayant effectué un test (fourchette)	% de femmes parmi les personnes ayant effectué un test (fourchette)	% de moins de 25 ans parmi les personnes ayant effectué un test (fourchette)	% de personnes ayant effectué un test dans le cadre du dépistage pour les couples	% de personnes qui effectuaient un test pour la première fois	Séropositivité au VIH	% de personnes identifiées comme séropositives dont le nombre de CD4 est inférieur à 200 cellules/mm ³	Coût par personne ayant effectué un test (en US\$)
Conseil et dépistage volontaire (24,33,34)	34-59 %	41-66 %	28-42 %	4-54 % ^b	58-73 %	3-22 % ^c	48 %	19-27
Dépistage à domicile (32,33,35-39)	24-49 %	51-76 %	7-60 %	42-64 %	23-95 %	4-8 %	31-45 %	6-14
Dépistage communautaire ou mobile (24,40-42)	38-58 %	42-100 % ^d	34 ^e -51 %	1-28 %	69-91 %	2-29 %	11 %	9-20
Dépistage sur le lieu de travail (26,43,44)	50-59 %	40-50 %	—	3 %	—	4 %	30 %	—
Conseil et dépistage à l'initiative du prestataire (31,33,45,46)	40 %	60 %	27-51 % ^e	6 %	—	6-42 %	16-47 %	12

a Chaque case n'inclut pas l'ensemble des études.

b Personnes dans des programmes standards de conseil et de dépistage volontaire en Thaïlande.

c Personnes ayant effectué un test pour la première fois.

d Une étude menée en Thaïlande auprès de professionnelles du sexe a signalé 100 % d'utilisation.

e Personnes âgées de moins de 26 ans.

Encadré 4.4

Promouvoir le conseil et le dépistage du VIH dans la communauté et favoriser l'entrée dans les soins en temps opportuns : Academic Model Providing Access to Healthcare [AMPATH] (Partenariat pour un Modèle académique afin de permettre l'accès aux soins de santé [AMPATH]) de l'AID des États-Unis d'Amérique (USAID) au Kenya

Comme ailleurs en Afrique subsaharienne, une large proportion de personnes vivant avec le VIH au Kenya continue à n'avoir accès au traitement qu'à un stade relativement avancé de la maladie, réduisant ainsi les avantages potentiels d'un traitement associant plusieurs antirétroviraux. Pour répondre à ce problème, AMPATH a développé un service communautaire de conseil et de dépistage du VIH en porte-à-porte qui propose ces services à toute personne de 13 ans et plus, ainsi qu'aux enfants de moins de 13 ans dont la mère est décédée, dont le statut vital de la mère n'est pas connu, dont la mère vit avec le VIH ou dont le statut de la mère par rapport au VIH n'est pas connu. Grâce à AMPATH, plus de 350 000 personnes ont bénéficié d'un conseil et d'un dépistage depuis 2008. Il est important de noter que 83 % des adultes et 86 % des enfants dont le test a montré qu'ils vivaient avec le VIH étaient de nouveaux cas identifiés.

Les différentes approches de conseil et de dépistage du VIH ont fait l'objet d'une comparaison au Kenya. Il en ressort que le nombre médian de CD4 au moment d'entrer dans les services de soins était nettement plus élevé chez les personnes chez qui le diagnostic d'infection à VIH a été posé par un conseil et un dépistage à domicile que chez celles ayant reçu un résultat de test positif aux autres types de point d'entrée. Il devient dès lors possible de commencer un traitement antirétroviral dans de meilleurs délais et il est primordial dans ce contexte de renforcer les liens entre le dépistage et les services de soins pour faciliter l'accès à ces services et permettre un suivi efficace. Par ailleurs, suite au conseil et au dépistage du VIH à domicile, la proportion de partenaires de couples où l'un est séropositif et l'autre séronégatif ainsi que la proportion de femmes enceintes entrant dans les soins ou pour un traitement était plus élevée que lors de l'utilisation d'autres approches, ce qui permettait à chacun de bénéficier d'un traitement et d'interventions de prévention adaptées à ses besoins spécifiques.

Tableau 4.5 Caractéristiques des clients en fonction du point d'entrée pour le conseil et le dépistage du VIH

Variables	Conseil et dépistage à domicile (n = 946)	Conseil et dépistage volontaire (n = 10 261)	Conseil et dépistage à l'initiative du prestataire (n = 8073)	Prise en charge de la tuberculose (n = 272)	P
Âge médian (écart interquartile) en années	37 (30-46)	36 (29-44)	36 (29-44)	36 (30-44)	0,022
Hommes	268 (28 %)	3 537 (34 %)	3 050 (38 %)	136 (50 %)	<0,001
Femmes	678 (72 %)	6 726 (66 %)	5 023 (62 %)	136 (50 %)	
Femmes enceintes	75 (11 %)	360 (5 %)	321 (6 %)	7 (5 %)	<0,001
Membre d'un couple où l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif	214 (24 %)	649 (7 %)	466 (6 %)	13 (5 %)	0,05
Nombre médian (écart interquartile) de CD4 par mm ³	323 (194-491)	217 (87-404)	190 (70-371)	136 (59-266)	<0,001

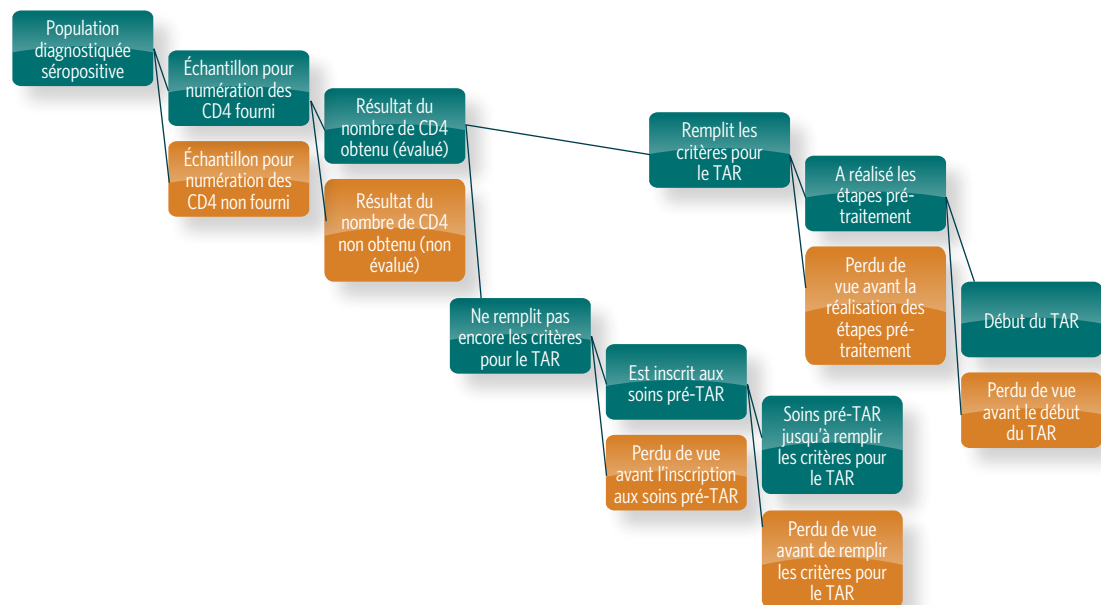
Encadré 4.5

Comprendre la rétention dans les services de soins de l'infection à VIH entre le moment du dépistage et le début du traitement

La rétention à long terme sous traitement antirétroviral est de plus en plus largement étudiée et a été décrite dans de nombreuses études (sous-chapitre 5.3.4) ; les données et les connaissances sur la rétention des personnes vivant avec le VIH avant qu'elles ne commencent un traitement antirétroviral sont beaucoup plus limitées. Il est cependant établi que la présentation tardive pour commencer un traitement antirétroviral reste un facteur majeur de morbidité et de mortalité, et que les résultats des programmes de traitement de l'infection à VIH ne progresseront qu'en renforçant les liens entre les différents services par lesquels doivent cheminer les personnes diagnostiquées séropositives.

Un examen systématique de la littérature sur la rétention pré-traitement antirétroviral dans les services de soins en Afrique a permis de beaucoup mieux comprendre ce phénomène. La série d'interventions en cascade entre le conseil et le dépistage et le début du traitement antirétroviral peut être divisée de façon schématique en trois grandes phases : phase 1, du diagnostic d'infection à VIH à l'évaluation (résultat de la numération des CD4 ou évaluation du stade clinique) ; phase 2, de l'évaluation au moment où le patient remplit les critères pour commencer un traitement antirétroviral ; et phase 3, du moment où le patient remplit les critères pour commencer un traitement antirétroviral au début effectif de ce traitement (figure 4.4). Pour chaque étape, les données ont été agrégées à partir d'articles pertinents puis compilées aux fins d'analyse.

Figure 4.4 Les différentes phases avant que ne débute le traitement antirétroviral



Deux conclusions principales ressortent de cet examen. Premièrement, il démontre qu'il existe peu d'informations sur la rétention pré-traitement antirétroviral : seulement 28 publications ont réuni les critères pour être incluses dans l'analyse, 10 publications documentant la phase 1 et 14 disposant chacune de données sur les phases 2 et 3. Certaines études ont couvert plus qu'une phase, mais aucune n'a suivi de cohorte sur l'ensemble des trois phases.

Deuxièmement, les données disponibles indiquent qu'un pourcentage très élevé de personnes sont perdues de vue à chacune des phases de la cascade d'interventions : la proportion médiane de personnes continuant le processus était de 59 % à la phase 1, 46 % à la phase 2 et 68 % à la phase 3. En combinant ces trois chiffres, seulement 18 % environ de toutes les personnes diagnostiquées comme vivant avec le VIH mais ne remplissant pas immédiatement les critères pour commencer un traitement antirétroviral ont continué à recevoir des soins de façon continue jusqu'à ce qu'elles remplissent ces critères. Il est probable que ce chiffre sous-estime le niveau réel de rétention, du fait de la faible qualité des données et des difficultés associées au suivi des personnes qui passent d'un établissement de santé à un autre ou qui sont perdues de vue à une phase puis réintègrent ultérieurement les soins. L'étude la plus complète incluse dans l'examen portait sur une cohorte suivie entre 2004 et 2009 en Afrique du Sud ; dans cette étude, le taux de rétention globale entre la fourniture du premier échantillon pour réaliser une numération des CD4 et le début du traitement antirétroviral était estimé à 33 %. Bien que plus élevé, ce chiffre confirme néanmoins la forte proportion de personnes perdues de vue au cours de la cascade d'interventions pré-traitement antirétroviral.

Ces conclusions soulignent donc la nécessité de renforcer de toute urgence les systèmes de suivi des patients afin d'améliorer les connaissances sur la rétention lors de cette cascade d'interventions et pour prendre à temps des mesures correctives. Le taux d'attrition doit faire l'objet d'une surveillance à chaque phase, et il faut identifier de façon adéquate les causes de rétention insuffisante des personnes dans les systèmes de soins avant le début du traitement antirétroviral ; un accent particulier sera mis sur la recherche des causes liées aux comportements en matière de soins de santé des personnes qui ne se sentent pas malades, à l'accessibilité au système de soins de santé, aux coûts, à la stigmatisation et à la discrimination.

En septembre 2011, l'OMS a accueilli une consultation internationale sur la période pré-traitement antirétroviral et la rétention sous traitement antirétroviral. L'objectif était de partager l'expérience des pays et de mettre en lumière les principaux obstacles, au niveau du système de santé et au niveau individuel, qui sont causes d'attrition en situation de ressources limitées. Des efforts sont en cours pour élaborer des stratégies et des recommandations globales en vue d'améliorer le suivi et d'optimiser la rétention dans les soins.

Source : Rosen et Fox (47).

Références

1. Baggaley R et al. From caution to urgency: the evolving response to HIV testing. Soumis pour publication.
2. OMS et ONUSIDA. *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242595567_fre.pdf, consulté en ligne le 16 janvier 2012).
3. OMS, UNICEF et ONUSIDA. *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/fr/index.html>, consulté en ligne le 16 janvier 2012).
4. Coenen T et al. Optimal HIV testing and earlier care: the way forward in Europe. *HIV Medicine*, 2008, 9:1-5.
5. République du Kenya, National AIDS Control Council [site Internet]. *Kenya AIDS indicator survey 2007 final report*. Nairobi, National AIDS Control Council, 2007 (http://www.nacc.or.ke/index.php?option=com_booklibrary&task=view&id=9&catid=124&Itemid=122#, consulté en ligne le 16 janvier 2012).
6. Demographic and Health Surveys [site Internet]. Calverton, MD., MEASURE DHS, ICF MACRO, 2011 (<http://www.measuredhs.com/topics/HIV-Corner/hiv-prev/index.cfm>, consulté en ligne le 16 janvier 2012).
7. De Walque D. Sero-discordant couples in five African countries: implications for prevention strategies. *Population and Development Review*, 2007, 33:501-523.
8. Lingappa JR et al. Regional differences in prevalence of HIV-1 discordance in Africa and enrollment of HIV-1 discordant couples into an HIV-1 prevention trial. *PLoS One*, 2008, 3(1):e1411.
9. Farquhar C et al. Antenatal couple counseling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004, 37:1620-1626.
10. Eywo O et al. HIV status in discordant couples in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2010, 10:770-777.
11. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365:493-505.
12. Anglemyer A et al. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (8):CD009153.13.
13. UNICEF, ONUSIDA, UNESCO, UNFPA, OIT et Banque mondiale. *Tirer parti de la crise : prévenir le VIH du début de l'adolescence au début de l'âge adulte*. New York, UNICEF, 2011 (http://www.unicef.org/french/publications/files/Opportunity_in_Crisis-Report_FR_071311.pdf, consulté en ligne le 16 janvier 2012).
14. Ferrand RA et al. Causes of acute hospitalization in adolescence: burden and spectrum of HIV-related morbidity in a country with an early-onset and severe HIV epidemic: a prospective survey. *PLoS Medicine*, 2010, 7(2):e1000178.
15. *Botswana AIDS Impact Survey III (BAIS III), 2008: preliminary results*. Gaborone, Central Statistics Office, 2009.
16. Shisana O et al. *South African national HIV prevalence, incidence, behaviour and communication survey 2008: a turning tide among teenagers?* Le Cap, HSRC Press, 2009.
17. Hensen B et al. Universal voluntary HIV testing in antenatal care settings: a review of the contribution of provider-initiated testing and counselling. *Tropical Medicine and International Health*, sous presse.
18. Negin J et al. Feasibility, acceptability and cost of home-based HIV testing in rural Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 2009, 14:849-855.
19. Bateganya MH, Abdulwadud OA, Kiene SM. Home-based HIV voluntary counseling and testing in developing countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (7):CD006493.
20. Fylkesnes K, Siziya S. A randomized trial on acceptability of voluntary HIV counselling and testing. *Tropical Medicine and International Health*, 2004, 9:566-572.
21. Wolff B et al. Evaluation of a home-based voluntary counselling and testing intervention in rural Uganda. *Health Policy and Planning*, 2005, 20:109-116.

22. Were W et al. Home-based model for HIV voluntary counselling and testing. *Lancet*, 2003, 361(9368):1569.
23. Mutale W et al. Home-based voluntary HIV counselling and testing found highly acceptable and to reduce inequalities. *BioMed Central Public Health*, 2010, 10:347.
24. Grabbe KL et al. Increasing access to HIV counseling and testing through mobile services in Kenya: strategies, utilization, and cost-effectiveness. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 54:317-323.
25. Khumalo-Sakutukwa G et al. Project Accept (HPTN 043): a community-based intervention to reduce HIV incidence in populations at risk for HIV in sub-Saharan Africa and Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2008, 49:422-431.
26. Corbett EL et al. Uptake of workplace HIV counselling and testing: a cluster-randomised trial in Zimbabwe. *PLoS Medicine*, 2006, 3(7):e328.
27. Bhagwanjee A et al. Bridging the gap between VCT and HIV/AIDS treatment uptake: perspectives from a mining-sector workplace in South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 2008, 7:271-279.
28. Bodibe K. *Lessons from HCT campaign Living with AIDS #481*. Le Cap, Health-e, 2011 (<http://www.health-e.org.za/news/article.php?uid=20033213>, consulté en ligne le 16 janvier 2012).
29. Lugada E et al. Rapid implementation of an integrated large-scale HIV counseling and testing, malaria, and diarrhea prevention campaign in rural Kenya. *PLoS One*, 2010, 5:e12435.
30. Mandala J, Torpey K, Kasonde P. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Zambia: implementing efficacious ARV regimens in primary health centers. *BioMed Central Public Health*, 2009, 9:314.
31. Vijay S et al. Feasibility of provider-initiated HIV testing and counselling of tuberculosis patients under the TB control programme in two districts of South India. *PLoS One*, 2009, 4:e7899.
32. Tumwesigye E et al. High uptake of home-based, district-wide, HIV counseling and testing in Uganda. *AIDS Patient Care and STDs*, 2010, 24:735-741.
33. Menzies N et al. The costs and effectiveness of four HIV counseling and testing strategies in Uganda. *AIDS*, 2009, 23:395-401.
34. Sweat M et al. Community-based intervention to increase HIV testing and case detection in people aged 16-32 years in Tanzania, Zimbabwe, and Thailand (NIMH Project Accept, HPTN 043): a randomised study. *Lancet Infectious Diseases*, 2011, 11:525-532.
35. Negin J et al. Feasibility, acceptability and cost of home-based HIV testing in rural Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 2009, 14:849-855.
36. Were WA et al. Undiagnosed HIV infection and couple HIV discordance among household members of HIV-infected people receiving antiretroviral therapy in Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 43:91-95.
37. Lugada E et al. Comparison of home and clinic-based HIV testing among household members of persons taking antiretroviral therapy in Uganda: results from a randomized trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 55:245-252.
38. Matovu JK et al. The Rakai Project counselling programme experience. *Tropical Medicine and International Health*, 2002, 7:1064-1067.
39. Sekandi JN et al. High acceptance of home-based HIV counseling and testing in an urban community in Uganda. *BMC Public Health*, 2011, 11:730.
40. van Schaik N et al. Earlier HIV diagnosis - are mobile services the answer? *South African Medical Journal*, 2010, 100:671-674.
41. Kawichai S et al. Community-based voluntary counseling and testing services in rural communities of Chiang Mai Province, northern Thailand. *AIDS and Behavior*, 2007, 11:770-777.
42. Morin SF et al. Removing barriers to knowing HIV status: Same-day mobile HIV testing in Zimbabwe. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006, 41:218-224.
43. Van der Borgh SF et al. Long-term voluntary counseling and testing (VCT) uptake dynamics in a multicountry HIV workplace program in sub-Saharan Africa. *AIDS Care*, 2010, 22:195-205.
44. Nakijoba R, Najjuma T. The workplace as an entry point for providing HTC services: a case of 48 CSOs in Northern and Eastern Uganda. *AIDS 2010 - XVIII^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé N°CDC0687; <http://ias-2005.org/Abstracts/A200735298.aspx>, consulté en ligne le 17 janvier 2012).

45. Pope DS et al. A cluster-randomized trial of provider-initiated (opt-out) HIV counseling and testing of tuberculosis patients in South Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2008, 48:190-195.
46. Topp SM et al. Strengthening health systems at facility-level: feasibility of integrating antiretroviral therapy into primary health care services in Lusaka, Zambia. *PLoS One*, 2010, 5:1-11.
47. Rosen S, Fox M. Retention in HIV Care between Testing and Treatment in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *PLoS Medicine*, 2011, 8(7):e1001056.doi:10.1371/journal.pmed.1001056.

Étendre le traitement et les soins pour les personnes vivant avec le VIH

À la fin de l'année 2010, 6 650 000 personnes recevaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen, une augmentation de plus de 1,4 million de personnes, soit 27 %, par rapport à décembre 2009. L'Afrique subsaharienne a connu la plus forte augmentation du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral en 2010, ce nombre passant de 3 911 000 en décembre 2009 à environ 5 064 000 un an plus tard.

Selon les estimations, la couverture du traitement antirétroviral chez l'adulte et l'enfant dans les pays à revenu faible ou moyen a globalement continué à augmenter. À la fin de l'année 2010, elle s'élevait à 47 % [44-50 %] des 14,2 millions [13 400 000-15 000 000] de personnes remplissant les critères pour commencer un traitement, alors qu'elle n'était que de 39 % [37-42 %] en décembre 2009.

En décembre 2010, 10 pays à revenu faible ou moyen, y compris trois pays où l'épidémie est généralisée (Botswana, Namibie et Rwanda), avaient déjà atteint l'accès universel au traitement antirétroviral, défini comme la fourniture d'un traitement antirétroviral à au moins 80 % des personnes remplissant les critères pour commencer ce traitement. Dans sept autres pays, y compris deux pays où l'épidémie est généralisée (Swaziland et Zambie), la couverture se situait entre 70 % et 79 % selon les estimations.

Le nombre d'enfants de moins de 15 ans recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen a augmenté de 29 % entre 2009 et 2010. Environ 456 000 enfants de moins de 15 ans recevaient un traitement antirétroviral à la fin de l'année 2010, contre 354 600 en décembre 2009. Selon les estimations, la couverture est cependant nettement inférieure chez l'enfant (23 %) que chez l'adulte (51 %).

Parmi les 109 pays ayant transmis des données, la couverture du traitement antirétroviral était, selon les estimations, plus élevée chez la femme (53 %) que chez l'homme (40 %).

Un taux modéré de pharmacorésistance aux antirétroviraux transmise a été observé dans certains pays. Parmi 11 enquêtes menées en 2009 pour surveiller ce phénomène, 5 ont retrouvé un taux modéré (entre 5 % et 15 %) de pharmacorésistance aux antirétroviraux transmise.

Les données concernant la proportion de personnes qui continuent le traitement antirétroviral au cours du temps dans

les pays à revenu faible ou moyen continuent de montrer que l'attrition (discontinuation du traitement antirétroviral) survient principalement pendant la première année de traitement. Le taux moyen de rétention était de 81 % 12 mois après le début du traitement antirétroviral (92 pays ayant transmis des données), 75 % à 24 mois (73 pays) et 67 % à 60 mois (46 pays).

En décembre 2010, dans les pays à revenu faible ou moyen hors Amériques (45 pays ayant transmis des données), la plupart (97 %) des adultes recevaient un schéma thérapeutique de première intention et 3 % un schéma thérapeutique de deuxième intention. Dans la Région des Amériques (21 pays ayant transmis des données), une proportion plus élevée (28 %) d'adultes recevait un schéma thérapeutique de deuxième intention, et 3 % un schéma thérapeutique de troisième intention.

Parmi les 93 pays ayant transmis des données, 88 recommandaient déjà, à la fin de l'année 2010, de commencer un traitement antirétroviral chez toute personne dont le nombre de CD4 est inférieur à 350 cellules par mm³. Parmi les 87 pays ayant transmis des données, 84 ont également adopté les lignes directrices internationales qui recommandent de changer les schémas thérapeutiques basés sur la stavudine pour des schémas thérapeutiques contenant de la zidovudine ou du ténofovir.

Des progrès continuent à être accomplis pour étendre l'accès au conseil et au dépistage du VIH pour les personnes atteintes de tuberculose ainsi que l'utilisation de ces services. En 2010, un dépistage du VIH a été réalisé chez un total de 2,1 millions de personnes atteintes de tuberculose, ce qui équivaut à 34 % des cas notifiés, contre 28 % en 2009 et 3 % en 2004.

En décembre 2010, 58 % des pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données (69 sur 119) ont indiqué que le traitement préventif par l'isoniazide faisait partie de l'ensemble des interventions fournies aux personnes vivant avec le VIH, 90 % (113 sur 125) ont indiqué disposer d'une politique visant à promouvoir le dépistage intensifié des cas de tuberculose, et 78 % (98 sur 126) disposaient d'une politique de lutte contre la transmission de l'infection tuberculeuse. La couverture du traitement préventif par l'isoniazide est restée faible, puisque seulement 12 % du nombre déclaré de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrits dans les services de soins recevaient un traitement préventif par l'isoniazide en 2010.

5.1 Vue d'ensemble et principaux défis à relever

À la fin de l'année 2010, 6 650 000 personnes recevaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen. Cela représente une augmentation de 27 %, soit 1,4 million de personnes, par rapport à décembre 2009, et une augmentation de 17 fois, par rapport aux quelque 400 000 personnes déclarées en décembre 2003. Dix pays à revenu faible ou moyen, y compris trois pays à épidémie généralisée (Botswana, Namibie et Rwanda) et sept pays à épidémies concentrées ou peu étendue (Cambodge, Chili, Croatie, Cuba, Guyana, Nicaragua et Slovaquie) sont parvenus à un accès universel au traitement antirétroviral, défini généralement comme la fourniture d'un traitement antirétroviral à au moins 80 % des personnes qui en ont besoin (tableau 5.5). Dans sept autres pays, y compris deux pays à épidémie généralisée (Swaziland et Zambie) et cinq pays à épidémies concentrées (Argentine, Brésil, Mexique, République Dominicaine et Uruguay), la couverture se situait entre 70 % et 79 % selon les estimations.

En dépit de cette progression exceptionnelle, l'estimation de la couverture mondiale dans les pays à revenu faible ou moyen est toujours inférieure à 50 % (sur la base des lignes directrices de l'OMS de 2010 (1) spécifiant de commencer un traitement quand le nombre de CD4 est inférieur à 350 cellules par mm³). Un grand nombre de personnes vivant avec le VIH sont perdues de vue entre le moment du conseil et du dépistage de l'infection et celui où elles accèdent aux services de traitement, de soins et de soutien. Dans de nombreuses situations, il arrive encore que des patients se présentent tardivement pour commencer un traitement antirétroviral, y compris dans les pays à revenu élevé (2), et une proportion considérable de personnes sont aussi perdues de vue après avoir commencé ce traitement (encadré 4.6). Par ailleurs, le taux actuel de mise sous traitement antirétroviral est insuffisant pour atteindre l'objectif fixé lors de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur le sida qui s'est tenue en juin 2011, cet objectif étant de s'efforcer de fournir un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes à l'horizon 2015 (3). Chaque année entre 2008 et 2010, environ 1,3 million de nouvelles personnes ont commencé et continué à recevoir un traitement antirétroviral ; à ce rythme, le nombre de personnes qui recevront ce traitement à la fin de l'année 2015 sera inférieur à 14 millions.

Cela a plusieurs implications opérationnelles et stratégiques importantes. Selon les taux actuels de mise sous traitement et de perdus de vue des patients, une extension de la couverture antirétrovirale à 15 millions de personnes à l'horizon 2015 nécessiterait d'augmenter plus rapidement le nombre annuel de personnes commençant un traitement antirétroviral, ce qui est devenu particulièrement difficile dans le contexte économique et financier actuel. Il est donc d'autant plus pertinent et nécessaire d'améliorer l'efficacité et l'efficacités de la riposte mondiale au VIH.

Un domaine où il est possible de gagner considérablement en efficacité est la rétention

des patients, qui peut être améliorée tout au long de la cascade d'interventions allant du conseil et du dépistage à la mise sous traitement et à la poursuite de ce traitement pour la vie entière. Pour parvenir à l'accès universel à l'horizon 2015, il est essentiel de réduire la proportion actuellement élevée de personnes vivant avec le VIH qui commencent un traitement antirétroviral mais sont finalement perdues de vue au cours du suivi (encadré 4.3).

Les modèles actuels de prestation de services doivent être adaptés pour permettre d'étendre la couverture des services et de prendre en charge avec succès de larges cohortes de personnes vivant avec le VIH dont le nombre ne cesse de croître. Dans 15 ans, la plupart des 34 millions [31 600 000-35 200 000] de personnes vivant actuellement avec le VIH, ainsi que beaucoup d'autres qui deviendront séropositives, auront besoin d'un traitement antirétroviral.

Bien des progrès ont été accomplis, mais les services restent souvent trop éloignés de leurs usagers et le parcours au sein des systèmes est parfois trop complexe. Les communautés touchées et les personnes vivant avec le VIH sont encore insuffisamment engagées et mobilisées. Pour atteindre et maintenir l'accès universel, le modèle actuel de traitement de l'infection à VIH doit évoluer.

Ce chapitre est divisé en deux parties. La première partie est consacrée à un ensemble de cinq stratégies clés pour accélérer l'obtention de progrès vers l'accès universel – connu sous le nom d'initiative Traitement 2.0 –, en décrit les principales composantes et montre comment une action ciblée sur chacun de ses cinq domaines clés peut améliorer l'efficacité, la couverture et l'impact. La deuxième partie fournit des données détaillées sur les progrès accomplis en 2010 dans les pays à revenu faible ou moyen pour élargir l'accès au traitement antirétroviral et aux interventions concernant les soins, notamment aux interventions conjointes contre la tuberculose et le VIH.

5.2 Catalyser la prochaine phase d'extension du traitement : l'initiative Traitement 2.0

En juin 2010, le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'OMS ont lancé Traitement 2.0, une initiative visant à améliorer l'efficacité et l'impact des programmes de soins et de traitement de l'infection à VIH dans les pays à ressources limitées et, au bout du compte, à assurer leur viabilité à long terme. L'initiative Traitement 2.0 s'appuie sur les données programmatiques et cliniques ainsi que sur l'expérience accumulées au cours des 10 dernières années lors de l'expansion du traitement antirétroviral dans le monde ; elle vise à simplifier et à optimiser le diagnostic, le traitement et les soins de l'infection à VIH par le biais d'un ensemble d'innovations et en améliorant l'efficacité dans cinq domaines prioritaires (encadré 5.1) (4). Un aspect transversal important de cette initiative est également d'exploiter l'impact positif du traitement antirétroviral sur la prévention de l'infection à VIH (sous-chapitres 3.2.3.2 et 5.4.2).

Encadré 5.1

Initiative Traitement 2.0 : domaines prioritaires et objectifs pour 2020

1. Optimiser les schémas thérapeutiques

Des schémas thérapeutiques d'antirétroviraux efficaces, financièrement abordables, en un seul comprimé, en une seule prise quotidienne, avec une toxicité et des interactions médicamenteuses limitées et pour lesquels l'apparition de résistance est peu probable, sont disponibles dans les pays à revenu faible ou moyen.

2. Assurer l'accès à des outils de diagnostic et de suivi utilisables sur les lieux de soins ou ayant recours à de nouvelles méthodes simplifiées

Un ensemble d'outils diagnostic simples, financièrement abordables, fiables, soumis à une procédure d'assurance qualité, utilisables sur les lieux de soins ou ayant recours à des méthodes simplifiées, est disponible et accessible dans les pays à revenu faible ou moyen.

3. Réduire les coûts

Des programmes de soins et de traitement de l'infection à VIH de qualité sont disponibles au plus faible coût et avec la meilleure efficacité possibles pour tous ceux qui en ont besoin dans les pays à revenu faible ou moyen.

4. Adapter les systèmes de prestation

Les programmes de soins et de traitement de l'infection à VIH sont décentralisés et intégrés de manière appropriée dans les autres services de santé liés ou non au VIH, avec un engagement accru des communautés dans la prestation de services et une meilleure rétention dans les soins.

5. Mobiliser les communautés

Les personnes vivant avec le VIH et les populations clés particulièrement exposées à cette infection sont pleinement impliquées pour exiger, créer, planifier, fournir et évaluer des programmes de soins et de traitement de l'infection à VIH soumis à une procédure d'assurance qualité et fondés sur les droits humains dans tous les pays à revenu faible ou moyen.

5.2.1 Optimiser les schémas thérapeutiques

L'optimisation des schémas thérapeutiques implique d'établir les posologies optimales des antirétroviraux, de diminuer le nombre de comprimés à prendre en élaborant des associations de médicaments en doses fixes et de concevoir de meilleures formulations pédiatriques. Les domaines pouvant potentiellement permettre une optimisation comprennent la simplification de la production des principes actifs, l'amélioration de la biodisponibilité des médicaments, la réduction des doses et l'utilisation des médicaments existants et de nouveaux médicaments dans de nouvelles associations afin que les schémas thérapeutiques soient plus efficaces, pratiques à administrer, durables, stables, de moindre coût et mieux tolérés.

Il faudra probablement encore attendre un certain temps avant de disposer dans le commerce de schémas thérapeutiques optimaux qui répondent au profil cible du produit. Cependant, les médicaments et les formulations actuels peuvent entre temps être améliorés en fournissant des objectifs clairs aux fabricants de nouveaux médicaments et de médicaments génériques pour qu'ils investissent dans l'amélioration des schémas thérapeutiques actuels

Encadré 5.2

Expansion de l'utilisation d'associations de médicaments en doses fixes pour les enfants en Ouganda

Les associations de médicaments en doses fixes pour les enfants présentent de nombreux avantages par rapport aux sirops ; elles sont notamment plus pratiques à utiliser et d'un coût inférieur. En Ouganda, une approche concernant les domaines de la formation et de l'approvisionnement pour tous les intervenants, étroitement coordonnée sous la direction du Ministère de la Santé, a permis de rationaliser la chaîne nationale d'approvisionnement jusqu'alors fragmentée, et de créer les conditions favorables pour l'abandon progressif des sirops et des formulations à un seul médicament pour les enfants au profit de l'adoption rapide d'associations de médicaments en doses fixes.

Le Ministère de la Santé, en partenariat avec UNITAID et l'Initiative Clinton pour l'accès à la santé, a mis en œuvre une stratégie à plusieurs fronts qui a impliqué la formation de formateurs parmi les cliniciens des établissements publics et des principaux partenaires d'exécution travaillant dans le domaine pédiatrique, afin de les informer sur les avantages des associations de médicaments en doses fixes, que ce soit pour faciliter l'administration et l'observance du traitement ou l'approvisionnement en médicaments. Un soutien supplémentaire a également été fourni à l'unité de prévision pour aider à l'approvisionnement en nouvelles associations de médicaments en doses fixes et un plan logistique a été élaboré pour le suivi des stocks existants de sirops et de formulations à un seul médicament afin de s'assurer que ces médicaments ne soient pas gaspillés pendant la période de transition.

Suite à ces mesures, l'utilisation des associations de médicaments en doses fixes chez les enfants vivant avec le VIH qui remplissent les critères pour recevoir un traitement a augmenté, passant de 17 % en janvier 2009 à 82 % en juin 2010. En raison de la nature du système de prévision du pays - où les nouvelles commandes sont basées sur les formulations consommées au cours du trimestre précédent - et de l'existence d'établissements de santé reculés, difficiles à atteindre et loin des centres-villes, le taux d'utilisation des associations de médicaments en doses fixes s'est par la suite stabilisé. Pour pallier ce déficit, le Ministère de la Santé a réalisé une analyse détaillée au début de l'année 2011, identifiant chaque structure utilisant encore des sirops, des formulations à un seul médicament ou toute autre formulation qui ne soit pas optimale ; il s'est alors mis d'accord avec tous les partenaires pour que ces formulations soient progressivement retirées complètement du système d'approvisionnement.

Avec l'arrêt des commandes de 14 formulations pédiatriques sous-optimales et après l'utilisation du stock limité de ces formulations qui restait au début de l'année 2011, 100 % des 22 798 enfants vivant avec le VIH, remplissant les critères pour recevoir un traitement et recevant celui-ci, ont eu accès à des associations de médicaments en doses fixes à partir de mars 2011. Cette transition a permis à l'Ouganda d'économiser 2 millions de US\$ depuis 2009. En outre, l'utilisation d'associations de médicaments en doses fixes a considérablement facilité la gestion de l'approvisionnement en médicaments du pays et allégé les contraintes pesant sur tous les enfants recevant un traitement antirétroviral.

d'antirétroviraux. L'OMS et ses partenaires ont pris des mesures pour soutenir ce processus. Une liste d'actions prioritaires à court terme a été publiée en juillet 2011 pour servir de guide à l'élaboration, au cours des trois années qui viennent, de schémas thérapeutiques d'antirétroviraux optimisés de première et deuxième intention, pour l'adulte et l'adolescent ainsi que pour l'enfant (5).

5.2.2 Assurer l'accès à des outils de diagnostic et de suivi utilisables sur les lieux de soins ou ayant recours à de nouvelles méthodes simplifiées

Une condition préalable pour étendre davantage le dépistage du VIH, diminuer le nombre de mises tardives sous traitement antirétroviral et assurer le suivi adéquat du traitement à vie de l'infection à VIH, en particulier au niveau des structures de soins de santé primaires et au sein des communautés, est de disposer d'un éventail de tests diagnostiques financièrement abordables qui puissent être effectués au point de prestation de services.

L'expérimentation récente sur les lieux de soins de tests de numération des CD4 et du prélèvement de gouttes de sang séché pour quantifier la charge virale ou faire le diagnostic précoce d'infection chez le nourrisson a donné des résultats prometteurs (6,7). Un travail de recherche a récemment confirmé l'exactitude des résultats de tests de numération des CD4, de biochimie et de dosage de l'hémoglobine réalisés sur les lieux de soins dans des structures de soins de santé primaires. L'étude a montré que les résultats de trois tests (dosage de l'hémoglobine, numération des CD4 et dosage de l'alanine aminotransférase) étaient comparables, qu'ils soient réalisés sur les lieux de soins ou dans un laboratoire. Il importe de noter que le personnel infirmier était en mesure d'utiliser sur les lieux de soins les instruments nécessaires de manière fiable et reproductible, ceux-là devenant donc des outils essentiels pour faciliter la décentralisation de la prestation de services (encadré 5.3) (8). De même, la technologie GeneXpert, qui utilise un système unique réalisant l'ensemble des opérations d'amplification

Encadré 5.3

Mise en place d'un test de numération des CD4 sur les lieux de soins au Mozambique

Des recherches récentes ont montré qu'après le diagnostic d'une infection à VIH, jusqu'à 50 % des personnes peuvent être perdues de vue avant de commencer un traitement antirétroviral (10). Ces personnes sont très souvent perdues de vue entre le moment du diagnostic de l'infection à VIH et celui de la réalisation d'un test de numération des CD4 pour déterminer le stade de l'infection ; les centres de soins de santé primaires disposent rarement en effet d'un laboratoire sur place et dépendent d'un laboratoire central, ce qui retarde l'obtention des résultats et empêche de commencer immédiatement un traitement chez les personnes qui en ont besoin.

Au Mozambique, le système Alere PIMA de numération des CD4 sur les lieux de soins a été mis en place dans certains centres de soins de santé primaires dans deux provinces du sud (Maputo) et du centre (Sofala). Ce test a été utilisé pour la classification immunologique de toute personne diagnostiquée séropositive pour le VIH et inscrite dans un service de soins de cette infection. Après l'introduction de ce test de numération des CD4 sur les lieux de soins, le nombre total de personnes vivant avec le VIH inscrites et perdues de vue a diminué de moitié, passant de 64 % à 33 % ; la proportion de personnes commençant un traitement antirétroviral après classification en fonction du nombre de CD4 a augmenté, passant de 11 % à 18 %. Le délai médian pour réaliser une classification en fonction du nombre de CD4 a été raccourci, passant de 27,5 jours à une seule journée. L'obtention rapide du nombre de CD4 a également permis de réduire le délai entre l'inscription dans les services de soins après le diagnostic de la séropositivité et la mise sous traitement antirétroviral, dont la médiane est passée de 48 à 20 jours (11).

génique (PCR) pour faire un diagnostic rapide de tuberculose et de résistance à la rifampicine, peut considérablement faciliter le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Plus de 30 pays procèdent à la mise en place de la technologie GeneXpert, et des plans sont actuellement en cours d'élaboration pour utiliser à terme cette technologie pour effectuer également des tests de charge virale du VIH (9).

L'OMS, l'ONUSIDA et leurs partenaires travaillent actuellement à déterminer un ensemble idéal d'outils de diagnostic et de suivi utilisables sur les lieux de soins ou ayant recours à de nouvelles méthodes simplifiées, à identifier les obstacles au développement et à l'utilisation de nouvelles technologies et à raccourcir autant que faire se peut les étapes fondamentales à franchir avant de rendre ces outils disponibles.

5.2.3 Réduire les coûts

Il existe d'importantes possibilités pour réduire les coûts et améliorer l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH. Selon les estimations du nouveau cadre d'investissement de l'ONUSIDA, si les pays arrivent à cibler de manière efficace leurs dépenses consacrées à la lutte contre l'infection à VIH, les besoins annuels en ressources devraient culminer à 22 milliards de US\$ en 2015, puis baisser en même temps que la transmission, la morbidité et la mortalité de l'infection (encadré 1.1) (12).

Le coût des produits de base peut être réduit en regroupant les achats de médicaments (encadré 5.4) et de tests diagnostiques, en simplifiant les processus de fabrication, en réduisant éventuellement les doses de médicaments, en utilisant des associations de médicaments en doses fixes et en négociant des réductions supplémentaires du prix des principes actifs et des formulations prêtes à l'emploi. Les pays à revenu faible ou moyen peuvent aussi mieux mettre à profit les flexibilités prévues par l'Accord sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) visant à garantir que les produits de santé qui permettent de sauver des vies sont disponibles pour tous ceux qui en ont besoin (13).

L'efficacité de la prestation de services peut également être améliorée, notamment en déléguant certaines tâches, en donnant un plus grand rôle aux communautés et en mettant au point des stratégies réalisables pour augmenter la rétention dans les soins. En Afrique du Sud, les coûts associés à la fourniture d'un traitement antirétroviral aux personnes vivant avec le VIH gérée par du personnel infirmier dans des structures décentralisées étaient inférieurs de 11 % à ceux associés à la gestion des patients par des médecins dans des hôpitaux centraux - avec des taux de décès et de perdus de vue inférieurs chez les patients suivis dans des structures décentralisées (encadré 5.4) (14). Ces résultats suggèrent que cette stratégie peut permettre d'élargir la capacité de traitement et d'économiser des ressources sans compromettre les résultats et la qualité des soins.

L'utilisation d'autres modèles de prestation de services, notamment le traitement de l'infection à VIH à domicile, peut aussi permettre de réduire les dépenses des

Encadré 5.4

Réduire les coûts du traitement en Afrique du Sud en améliorant l'approvisionnement en antirétroviraux

En décembre 2010, près de 1,4 million de personnes recevaient un traitement antirétroviral en Afrique du Sud. Ce chiffre ne représente cependant que 55 % des personnes qui remplissaient les critères pour recevoir ce traitement. Pour étendre la couverture tout en maîtrisant les coûts et en assurant la pérennité de son programme national de traitement antirétroviral, le Gouvernement d'Afrique du Sud a mis en place en décembre 2010 un nouvel appel d'offres pour l'achat d'antirétroviraux. En combinant différentes stratégies pour accroître la concurrence entre les fournisseurs et améliorer la transparence des prix, le prix des antirétroviraux utilisés dans le programme national de lutte contre le VIH a été considérablement réduit (tableau 5.1).

Pour augmenter la concurrence entre les fabricants de médicaments, des mesures ont été prises pour qu'un nombre suffisant de médicaments soient enregistrés auprès du Medicines Control Council (Agence de surveillance des médicaments) du pays, et tous les fournisseurs potentiels - y compris les fournisseurs internationaux - ont été encouragés à participer. En outre, le gouvernement a publié une liste de prix de référence basée sur les prix internationaux des transactions, et les fournisseurs ont été priés de détailler chaque élément de leurs coûts afin de suivre les variations de prix pendant toute la durée de l'appel d'offres.

Selon les antirétroviraux, la diminution en pourcentage du coût oscillait entre 4 % et 81 %. Par exemple, alors que l'approvisionnement en comprimés de 300 mg de ténofovir coûtait 155 rands (soit environ 23 US\$) par mois au gouvernement en 2008, son prix a chuté à moins de 55 rands (soit 8 US\$) dans le cadre du nouvel appel d'offres. Au total, le coût des antirétroviraux a chuté de 53 %, permettant une économie estimée à environ 4,7 milliards de rands (685 millions de US\$) au cours des deux années suivantes (18). Cela devrait permettre au programme national de traitement antirétroviral de traiter deux fois plus de patients remplissant les critères pour recevoir ce traitement. En raison de retards dans les enregistrements auprès du Medicines Control Council du pays, le nouvel appel d'offres ne comprenait que quelques associations de médicaments en doses fixes ; leur nombre devrait augmenter dans les futurs appels d'offre (19).

Tableau 5.1 Réductions des prix de certains antirétroviraux clés utilisés en Afrique du Sud après la mise en place de la nouvelle stratégie d'appel d'offres

Antirétroviral	Prix en 2008 (en rands)	Prix en 2010 (en rands)	Réduction du prix (%)
Éfavirenz (comprimé à 600 mg)	R 107.07	R 39.22	63 %
Lamivudine (comprimé à 150 mg)	R 29.77	R 18.22	39 %
Névirapine (comprimé à 200 mg)	R 31.53	R 22.99	27 %
Ténofovir (comprimé à 300 mg)	R 155.60	R 54.82	65 %

Source : Gouvernement d'Afrique du Sud, 2010.

personnes pour accéder à ces services, car les coûts d'accès sont souvent et dans de multiples situations un obstacle important au succès de l'expansion du traitement (15,16). À Jinja (Ouganda), un programme de traitement à domicile a permis de décentraliser les services et de rapprocher des services les usagers en bout de chaîne, ce qui a abouti à une réduction des frais imputables à l'accès aux soins de plus de 50 % au cours de la première année et de 66 % par la suite, tout en obtenant des taux de suppression virale et de mortalité similaires à ceux retrouvés dans un modèle où les soins de l'infection à VIH sont fournis dans un établissement de santé (17). Étant donné que le traitement antirétroviral doit être donné à vie, l'impact d'une différence de coût si importante pour accéder au traitement pourrait jouer un rôle plus capital encore à mesure que les personnes accumulent des années de traitement.

5.2.4 Adapter les systèmes de prestation

Bien que le nombre des établissements de santé fournissant le traitement antirétroviral ait considérablement augmenté depuis le début de l'expansion rapide de ce traitement en 2003 (sous-chapitre 5.3.3), la couverture de ce service reste encore limitée : seulement 47 % des personnes remplissant les critères pour recevoir ce traitement y ont actuellement accès dans les pays à revenu faible ou moyen. Pour continuer à étendre la couverture du traitement antirétroviral et conserver le niveau atteint là où la prévalence est élevée, les services doivent être rapprochés des usagers en bout de chaîne, notamment dans les zones les plus démunies, les zones rurales et les autres zones mal desservies, où se trouvent souvent des populations particulièrement

marginalisées (20). Les systèmes doivent également être intégrés et rationalisés afin que les usagers puissent facilement trouver leur chemin dans la succession souvent complexe des différentes interventions allant du dépistage aux soins, au traitement et au soutien. Il faut aussi considérablement étendre la couverture des interventions visant à répondre aux problèmes de comorbidité, y compris la tuberculose et l'hépatite virale, ainsi qu'à d'autres besoins comme la planification familiale pour les femmes en âge de procréer. À chaque fois que cela s'avère opportun, de nouveaux liens doivent être créés avec les autres programmes de santé, ou les liens déjà existants doivent être améliorés.

Cet abandon progressif du modèle actuel de prestation de services hautement spécialisés implique une plus grande décentralisation des services au niveau des soins de santé primaires, avec en parallèle une délégation des tâches à différents types de professionnels de santé, notamment au personnel infirmier, aux assistants sanitaires et à d'autres catégories, tout en élargissant et en renforçant les liens avec les systèmes communautaires. Cette double stratégie a montré des résultats encourageants dans différents types de contextes, avec des résultats de traitement, y compris des taux de survie et de rétention, comparables ou parfois nettement supérieurs à ceux observés chez les personnes recevant des soins dispensés par des médecins en milieu hospitalier (encadrés 5.5 et 5.6) (14,17,20-23). Des données récentes provenant de programmes nationaux ont également montré qu'il est faisable d'intégrer le traitement de l'infection à VIH dans d'autres domaines des soins de santé, tels que les services de soins prénatals, de santé maternelle, néonatale et infantile, de prise en charge

de la tuberculose ou de la pharmacodépendance, et que ces mesures s'avèrent efficaces et permettent de tirer un meilleur parti des rares ressources disponibles (encadrés 5.7 et 5.8) (24–26).

Les directeurs de programme utilisent et développent différentes stratégies destinées à améliorer la prestation de services en l'adaptant aux conditions locales et aux besoins des personnes. L'une de ces stratégies est « l'orientation vers un niveau moins élevé », où la prise en charge de personnes dont l'état clinique est stable est transférée d'un établissement de santé d'un certain niveau vers un établissement de santé de niveau moins élevé dans le système de santé, et souvent plus proche géographiquement de leur l'endroit où ces personnes habitent. L'orientation vers un niveau moins élevé avec un suivi des patients assuré dans les établissements de soins de santé primaires peut permettre d'accroître la capacité des sites où est commencé le traitement antirétroviral à inscrire de nouveaux patients remplissant les critères pour recevoir ce traitement, et faire en sorte que ces sites puissent fournir des soins aux personnes présentant des pathologies complexes et qui nécessitent d'être orientées vers un autre service. Elle peut aussi permettre d'améliorer les taux d'observance et de rétention sous traitement en réduisant les distances de déplacement pour les personnes vivant avec le VIH, en diminuant les coûts d'accès aux soins et en facilitant la participation des communautés (20,29,30). Le succès de la mise en œuvre de ces stratégies d'orientation des patients vers un niveau moins élevé dépend cependant de l'introduction ou du renforcement de systèmes pour sensibiliser, soutenir et retrouver les patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous dans les établissements de soins de santé primaires (31,32).

Bien que la décentralisation de la prestation de services vers les établissements de soins de santé primaires soit un facteur clé pour l'extension de la couverture, elle est souvent freinée par la grave pénurie de ressources humaines dans de nombreuses situations de ressources limitées, en particulier dans les zones rurales et les quartiers défavorisés. Pour étendre les services et

la couverture dans de telles circonstances, il faut avoir recours à la délégation des tâches, c'est-à-dire redistribuer à du personnel infirmier ayant reçu une formation adéquate certaines tâches qui reviennent habituellement aux médecins, et à des agents de santé de niveau inférieur ou à des prestataires non spécialistes (souvent au niveau du district) ayant reçu une formation adéquate certaines tâches qui reviennent habituellement au personnel infirmier (22,33–35). En effet, les programmes qui ont réussi à étendre le traitement et les soins de l'infection à VIH y sont souvent parvenus en associant ces deux stratégies pour optimiser les résultats (encadré 5.6).

Encadré 5.5

Prestation intégrée des services

L'intégration des services est définie de différentes manières dans la littérature de santé publique (27). L'OMS (28) décrit la prestation intégrée des services comme « l'organisation et la gestion des services de santé afin que les personnes reçoivent les soins dont elles ont besoin, lorsqu'elles en ont besoin, et conçus pour la commodité de l'utilisateur, pour atteindre les résultats escomptés et utiliser au mieux l'argent investi ». En tant que telle, l'intégration peut être considérée comme un continuum. Certains services peuvent être fournis et gérés séparément par des équipes différentes à différents endroits ; dans d'autres cas, la prestation de services peut cependant être améliorée en resserrant les liens entre les différentes structures et les différentes fonctions (par exemple en établissant des liens entre les services liés au VIH et les services de santé maternelle, néonatale et infantile par un renforcement des systèmes permettant d'orienter les patients d'un service vers un autre), voire en intégrant entièrement les services (par exemple en fournissant tous les services en un seul endroit) (28).

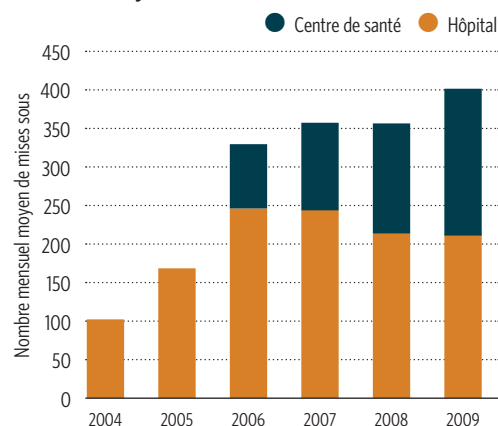
Encadré 5.6

Extension du traitement de l'infection à VIH à Thyolo (Malawi) grâce à la décentralisation et à la délégation des tâches

À Thyolo (Malawi), les premiers patients ont commencé à recevoir un traitement antirétroviral à l'hôpital du district en avril 2003, traitement alors géré principalement par des cliniciens non médecins (« clinical officer »). En 2005, les tâches en rapport avec le traitement antirétroviral revenant aux cliniciens non médecins ont été déléguées à des assistants médicaux, ce qui a permis de décentraliser la mise sous traitement antirétroviral au niveau des centres de santé. En 2007, la politique a été de nouveau révisée, donnant au personnel infirmier la possibilité de mettre les patients sous traitement antirétroviral. Une autre adaptation importante a été de déléguer le conseil et le dépistage initialement réalisés par du personnel infirmier à des assistants de surveillance sanitaire ayant reçu une formation, une catégorie d'agents de santé communautaire créée au départ pour être responsable de l'organisation des activités de prévention et de la riposte aux flambées épidémiques. La décentralisation et la délégation des tâches liées à l'accès au traitement antirétroviral dans les hôpitaux et centres de santé ont eu un impact considérable (figure 5.1) (36).

L'amélioration de la couverture a permis aux patients de commencer le délai de traitement plus tôt avec un nombre de CD4 plus élevé, et de diminuer le délai avant la mise sous traitement qui est passé de près de 100 jours en 2003 à moins de trois semaines en 2009. Selon les critères des lignes directrices de 2006 sur le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent, l'accès universel (couverture d'au moins 80 % des besoins estimés) a été atteint en 2007 à Thyolo (37).

Figure 5.1 Accès au traitement antirétroviral dans le district de Thyolo (2004–2009)



Source : Bemelmans et al. (21).

Encadré 5.7

Améliorer les résultats et l'impact du traitement en décentralisant la prestation de services en Afrique du Sud

À Johannesburg (Afrique du Sud), il a été montré que l'orientation vers un niveau moins élevé dans le système de santé des patients stables recevant un traitement antirétroviral, à savoir d'un service hospitalier de consultations spécialisé dans le traitement antirétroviral et géré par un médecin vers un établissement de soins de santé primaires géré par du personnel infirmier, offrait un bon rapport coût-efficacité (14). Par rapport à un échantillon apparié de personnes qui remplissaient les critères pour être orientées vers un niveau moins élevé du système de santé mais qui n'ont pas été orientées, le taux combiné de décès et de perdus de vue après 12 mois était de 1,7 % chez les personnes suivies au niveau des soins de santé primaires contre 6,2 % chez celles suivies sur le site où le traitement a été commencé (tableau 5.2).

Le coût moyen par personne-année pour les patients pris en charge et répondant au traitement à 12 mois était de 492 US\$ chez ceux orientés vers un niveau moins élevé du système de santé et de 551 US\$ chez ceux restés sur le site où le traitement a été commencé, soit une différence statistiquement significative de 11 %.

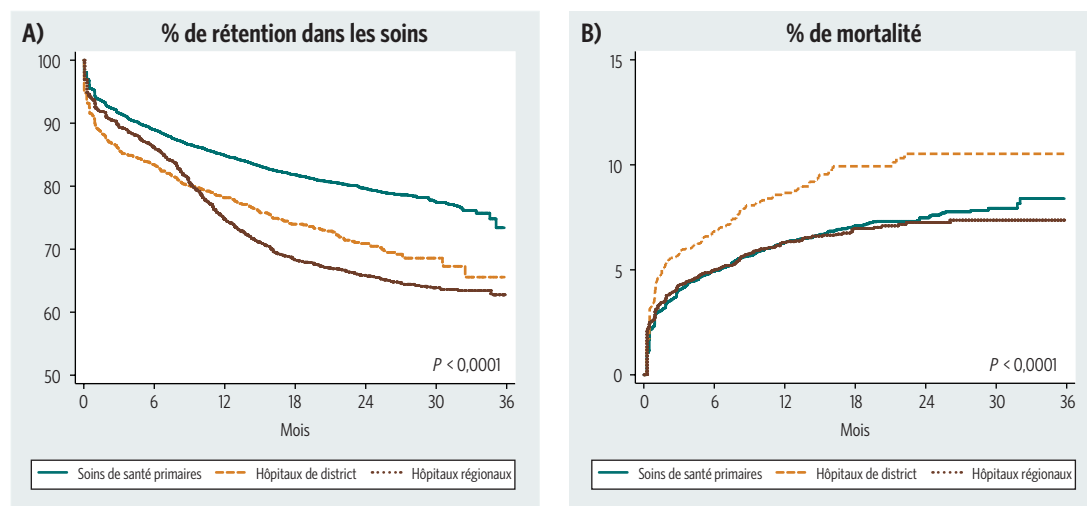
Une étude comparative chez des patients adultes n'ayant jamais reçu de traitement antirétroviral, enregistrés dans des hôpitaux de niveau primaire, des hôpitaux de districts et des hôpitaux régionaux dans quatre provinces d'Afrique du Sud (Cap-occidental, Cap-oriental, KwaZulu-Natal et Mpumalanga), a également montré que les résultats du traitement étaient supérieurs chez les personnes prises en charge au niveau des soins de santé primaires (40). Bien que les patients suivis au niveau des soins de santé primaires aient été à un stade plus avancé de leur infection à VIH au moment de la mise sous traitement antirétroviral, des différences considérables et statistiquement significatives ont été constatées dans les taux de rétention dans les soins et dans les taux de mortalité selon le type de structures où ces patients étaient suivis. Dans les services de soins de santé primaires, le taux de suppression virale était également similaire ou nettement supérieur aux taux observés dans les structures de niveau plus élevé.

Tableau 5.2 Résultats du traitement de l'infection à VIH 12 mois après que les patients remplissent les critères pour être orientés vers un niveau moins élevé du système de santé

Résultat	Groupe poursuivant le traitement là où il a été commencé (n = 1623)	Groupe orienté vers un niveau moins élevé du système de santé (n = 540)	Risque relatif (IC à 95 %)
Total	2136 (100 %)	712 (100 %)	
Pris en charge et répondant au traitement	1912 (89,5 %)	680 (95,5 %)	1,07 (1,04-1,09)
Pris en charge mais ne répondant pas au traitement	91 (4,3 %)	20 (2,8 %)	0,66 (0,39-1,06)
Prise en charge interrompue	133 (6,2 %)	12 (1,7 %)	0,27 (0,15-0,49)
Décès	25 (1,2 %)	0 (0 %)	
Perdus de vue	108 (5,1 %)	12 (1,7 %)	

Source : Long et al. (14).

Figure 5.2 Quatre provinces d'Afrique du Sud, décembre 2004-décembre 2007. A) Probabilité cumulée de rétention dans les soins. B) Probabilité cumulée de mortalité



Source : Fatti et al. (40).

En plus d'améliorer les résultats concernant la couverture et le traitement, la décentralisation des services liés au VIH peut également influencer positivement sur la qualité de vie liée à la santé et la qualité perçue des soins chez les personnes recevant un traitement antirétroviral (38,39). Pour accélérer les avancées, l'OMS a commencé à élaborer des orientations normatives et opérationnelles afin d'améliorer la prestation de services, notamment en ce qui concerne les questions clés d'équité, de consultation des collectivités, de prestation de services à base communautaire, de délégation des tâches et d'intégration des soins de l'infection à VIH dans les services de prise en charge de la tuberculose, de soins prénatals et de soins de santé primaires en situation de ressources limitées. Les processus de décentralisation doivent tenir compte de la nécessité de renforcer la gestion de l'approvisionnement en médicaments et de la chaîne d'approvisionnement, d'améliorer les systèmes d'orientation d'un service à l'autre et les systèmes de communication, et de mettre en œuvre des approches ciblées pour s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH au niveau local.

5.2.5 Mobiliser les communautés

Les communautés doivent être pleinement engagées et mobilisées pour catalyser la demande en traitement antirétroviral et autres services liés au VIH, promouvoir une tarification juste des médicaments et différents produits de santé, concevoir, améliorer et offrir des services – en particulier pour les populations clés mal desservies et particulièrement exposées au VIH – et garantir que les programmes de soins et de traitement contribuent à la promotion et à la défense des droits humains. À mesure que la couverture s'étend, les organisations non gouvernementales et les prestataires

de services communautaires auront besoin de davantage de financements et de soutien technique pour mobiliser les communautés et élargir la gamme et la qualité des services communautaires nécessaires pour atteindre les objectifs d'accès universel.

Au Rwanda, où la couverture du traitement antirétroviral a atteint 88 % en 2010, le programme national de lutte contre le VIH a depuis de nombreuses années fait participer activement les réseaux de personnes vivant avec le VIH au traitement et aux soins. Dans d'autres pays, les liens entre communautés et systèmes de santé sont également renforcés pour appuyer la conception et la mise en œuvre du programme national. Au Viet Nam, des éducateurs pour les pairs, notamment des personnes vivant avec le VIH et des membres des populations clés particulièrement exposées à ce virus, sont mobilisés pour jouer un rôle actif dans la prévention, le traitement, les soins et le soutien dans le domaine du VIH (41,42) (encadré 5.2). Le Swaziland a récemment lancé une campagne nationale Traitement 2.0 centrée sur une approche communautaire pour parvenir rapidement à l'accès universel au dépistage et au traitement.

L'ONUSIDA et la Coalition internationale pour la préparation au traitement ont conduit une série de consultations régionales auprès des communautés pour mobiliser leur soutien et identifier leurs besoins afin qu'elles puissent assumer un plus grand rôle dans la demande de services liés au VIH et soient davantage partie prenante dans les organismes de planifications nationale, régionale et mondiale ainsi que dans la fourniture et la gestion de programmes de conseil, de dépistage, de soins et de traitement de l'infection à VIH.

Encadré 5.8

Mobiliser les communautés pour améliorer la fourniture du traitement antirétroviral et la rétention sous traitement au Mozambique

Pour faire face aux contraintes en matière de capacité et de ressources humaines et améliorer la rétention sous traitement au cours du temps, Médecins Sans Frontières et les autorités de la province de Tete au Mozambique ont lancé en 2008 un modèle novateur de distribution et de suivi de l'observance du traitement antirétroviral, hors service de santé, par des groupes communautaires de traitement antirétroviral.

Dans ce modèle, les personnes recevant un traitement antirétroviral qui étaient dans un état stable pendant six mois ont été invitées à former des groupes. Chaque mois, une réunion de groupe a eu lieu dans la communauté avant chaque consultation dans la structure de santé ; le chef de groupe, préalablement désigné, a compté tous les comprimés de chaque membre du groupe (vérification de l'observance). Pour chacun, tout nouveau signe ou symptôme, problème d'observance ou intention de déménager dans un autre quartier ou d'interrompre le traitement a été discuté et consigné dans un formulaire de suivi de groupe. Des cartes de rendez-vous individuelles ont été remises au représentant du groupe de sorte qu'elles puissent être apportées dans l'établissement de santé afin d'être remplies. Au niveau des établissements, le formulaire de suivi de groupe était examiné conjointement et le représentant du groupe passait en revue chaque membre du groupe avec un conseiller ou un clinicien. Le représentant du groupe recevait ensuite pour chacun des membres le traitement antirétroviral et les médicaments de prophylaxie ; une fois de retour dans la communauté, il distribuait ceux-ci à chaque membre du groupe.

Entre février 2008 et mai 2010, 1384 personnes vivant avec le VIH ont été inscrites dans 291 groupes ; chaque groupe comptait en moyenne 4,75 personnes. La durée médiane de suivi par groupe était de 12,9 mois. Les premiers résultats ont été satisfaisants en termes de mortalité et de rétention dans les soins, démontrant la faisabilité des approches hors service de santé. Au cours de cette période, 83 (6 %) personnes ont été transférées ; sur les 1301 personnes faisant encore partie des groupes communautaires, 1269 (97,5 %) ont continué à être suivies et à recevoir des soins, 30 (2,3 %) sont décédées, et 2 (0,2 %) ont été perdues de vue. Par ailleurs, le personnel des établissements de santé a indiqué que le fait de fournir des soins par le biais de groupes communautaires de traitement antirétroviral a permis de réduire d'environ quatre fois la charge de travail par rapport aux soins fournis dans des consultations suivant la procédure classique.

Le modèle de groupes communautaires de traitement antirétroviral permet de réduire considérablement les coûts de transport et d'opportunité liés à l'utilisation du traitement antirétroviral. Il encourage également les personnes à prendre davantage de responsabilités pour leur propre santé en les engageant en tant que partenaires actifs dans la prestation des soins de santé, et favorise le développement et le renforcement des réseaux sociaux et de soutien par les pairs, ce qui s'est montré un moyen important pour favoriser l'observance du traitement.

Source : Decroo et al. (43).

5.3 Traitement antirétroviral

5.3.1 Progrès réalisés au niveau mondial, régional et national dans l'accès au traitement antirétroviral

À la fin de l'année 2010, 6 650 000 personnes recevaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen, soit une augmentation de 27 % par rapport à décembre 2009 (tableau 5.3 et figure

5.3). Au total, 1 675 000 personnes ont commencé un traitement en 2010.¹

Région la plus touchée par l'épidémie, l'Afrique subsaharienne a enregistré la plus forte augmentation du nombre absolu de personnes recevant un traitement en 2010, passant de 3 911 000 en décembre 2009

¹ Au total, 121 pays ont fourni des données sur les adultes et les enfants qui remplissaient les critères pour commencer un traitement antirétroviral et l'ont commencé au cours de l'année 2010, ce qui représente 95 % de l'ensemble des personnes sous traitement antirétroviral cette année-là..

Tableau 5.3 Nombre d'adultes et d'enfants (cumulés) recevant un traitement antirétroviral, ayant besoin d'un traitement antirétroviral, et estimation du taux de couverture dans les pays à revenu faible ou moyen, par région, en décembre 2009 et en décembre 2010^{a,b,c}

Région géographique	Décembre 2010			Décembre 2009		
	Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral [fourchette] ^a	Couverture du traitement antirétroviral [fourchette] ^d	Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral [fourchette] ^a	Couverture du traitement antirétroviral [fourchette] ^d
Afrique subsaharienne	5 064 000	10 400 000 [9 700 000-11 000 000]	49 % [46-52 %]	3 911 000	9 600 000 [9 000 000-10 200 000]	41 % [38-43 %]
Afrique orientale et australe	4 221 000	7 600 000 [7 100 000-8 000 000]	56 % [53-59 %]	3 203 000	7 000 000 [6 600 000-7 400 000]	46 % [43-48 %]
Afrique centrale et occidentale	842 000	2 800 000 [2 600 000-3 100 000]	30 % [28-33 %]	709 000	2 600 000 [2 400 000-2 800 000]	27 % [25-30 %]
Amérique latine et Caraïbes	521 000	820 000 [710 000-920 000]	63 % [57-73 %]	469 000	780 000 [670 000-870 000]	60 % [54-70 %]
Amérique latine	461 000	720 000 [620 000-810 000]	64 % [57-74 %]	416 000	690 000 [590 000-780 000]	60 % [53-70 %]
Caraïbes	60 300	100 000 [91 000-110 000]	60 % [53-67 %]	52 400	93 000 [84 000-110 000]	56 % [50-63 %]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	922 000	2 300 000 [2 100 000-2 500 000]	39 % [36-44 %]	748 000	2 300 000 [2 000 000-2 400 000]	33 % [31-37 %]
Europe et Asie centrale	129 000	570 000 [500 000-650 000]	23 % [20-26 %]	114 500	520 000 [450 000-600 000]	22 % [19-25 %]
Moyen-Orient et Afrique du Nord	14 900	150 000 [120 000-190 000]	10 % [8-13 %]	12 400	140 000 [110 000-180 000]	9 % [7-12 %]
Total	6 650 000	14 200 000 [13 400 000-15 000 000]	47 % [44-50 %]	5 255 000	13 300 000 [12 400 000-14 100 000]	39 % [37-42 %]

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

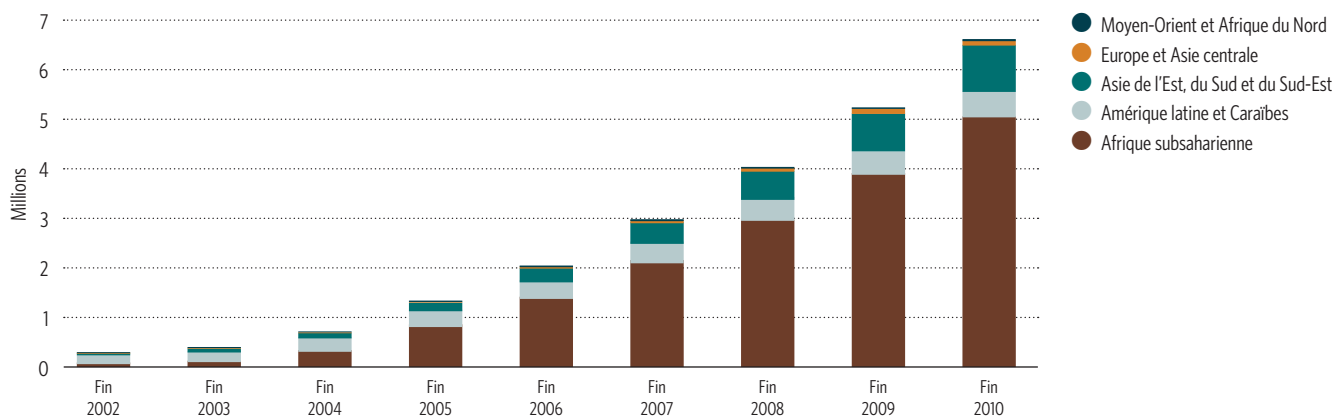
a Des informations supplémentaires sur les méthodes utilisées pour estimer les besoins en traitement antirétroviral et la couverture pour l'année 2010 se trouvent dans l'encadré 5.9.

b Du fait que certains pays ont soumis de nouvelles données disponibles, il se peut que les chiffres de 2009 diffèrent de ceux publiés précédemment.

c Toutes les estimations des besoins ont été calculées selon les lignes directrices de l'OMS de 2010 et les critères correspondants pour commencer un traitement.

d L'estimation de la couverture est basée sur l'estimation non arrondie du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral et sur l'estimation non arrondie du nombre de personnes ayant besoin de ce traitement.

Figure 5.3 Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen, par région, de 2002-2010



à environ 5 064 000 un an plus tard, soit une augmentation de 30 %. Dans toutes les autres régions, le taux d'augmentation a été inférieur à 25 % entre 2009 et 2010.

L'Amérique latine est la région ayant connu la plus faible augmentation en pourcentage du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral entre 2009 et 2010 ; celle-ci a été de 11 %. Cette situation peut en partie s'expliquer par le fait que les plus grands pays de la région ont déjà atteint un niveau de couverture relativement élevé, mais peut également être lié aux difficultés rencontrées pour étendre le conseil et le dépistage du VIH et pour poser avec efficacité le diagnostic d'infection à VIH à un stade précoce (44).

En 2010, 84 % des personnes recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen vivaient dans 20 pays, la plupart d'entre eux se trouvant en Afrique subsaharienne (tableau 5.4). L'Afrique du Sud, qui compte le plus grand nombre absolu de personnes vivant avec le VIH, fournit désormais un traitement antirétroviral à un cinquième de l'ensemble des personnes recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen. Le Zimbabwe a enregistré la plus forte hausse du nombre de mise sous traitement, le nombre de personnes recevant un traitement ayant augmenté de près de 50 % entre décembre 2009 et décembre 2010. Toutefois, même si des avancées sont obtenues régulièrement, l'accès au traitement est resté bien en deçà des besoins estimés dans nombre de ces pays.

Au moins 745 000 personnes reçoivent un traitement antirétroviral dans les pays à revenu élevé, dont environ 430 000 en Europe, 300 000 en Amérique du Nord et dans les Caraïbes, et 16 700 en Asie, en Océanie et au Moyen-Orient. On estime que le nombre total de personnes ayant accès au traitement antirétroviral à la fin de l'année 2010 dans le monde entier, y compris dans les pays à revenu élevé, était d'environ 7,4 millions.

Pour l'année 2010, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique en matière de lutte contre le sida sont restés les deux principales sources de financement international pour les programmes de traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen. En décembre 2010, les programmes soutenus par le Fonds mondial fournissaient un traitement à 3,0 millions de personnes, et ceux financés par le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique en matière de lutte contre le sida à 3,2 millions de personnes. Environ 1,5 million de personnes recevaient un traitement par le biais de programmes cofinancés par ces deux initiatives qui, prises ensemble, soutenaient donc des programmes fournissant fin 2010 un traitement à environ 4,7 millions de personnes (45,46).

La couverture du traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen a continué à progresser en 2010 ; elle a atteint 47 % [44-50 %] des 14,2 millions [13 400 000-15 000 000] de personnes que l'on estimait avoir besoin de ce traitement à la fin de l'année 2010 (tableau 5.3).

Tableau 5.4 Les vingt pays à revenu faible ou moyen qui comptent le plus grand nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral et la part de chacun d'entre eux dans le nombre total de personnes qui recevaient un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen en décembre 2010

Pays	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, en 2009	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, en 2010	Estimation de la couverture du traitement antirétroviral, en 2010	Augmentation en pourcentage entre 2009 et 2010	Pourcentage du nombre total de personnes recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen, en 2010
Afrique du Sud	971 556	1 389 865	55 % [52-58 %]	43 %	21 %
Kenya	336 980	432 621	61 % [56-66 %]	28 %	7 %
Inde	330 300	424 802	... [30-38 %] ^a	29 %	6 %
Nigéria	302 973	359 181	26 % [24-28 %]	19 %	5 %
Zambie	283 863	344 407	72 % [67-77 %]	21 %	5 %
Zimbabwe	218 589	326 241	59 % [54-62 %]	49 %	5 %
République-Unie de Tanzanie	199 413	258 069	42 % [39-46 %]	29 %	4 %
Malawi	198 846	250 987	... [49-57 %] ^a	26 %	4 %
Ouganda	200 413	248 222	47 % [43-51 %]	24 %	4 %
Thaïlande	216 118	236 808	67 % [55-85 %]	10 %	4 %
Éthiopie	176 632	222 723	... ^a	26 %	3 %
Mozambique	170 198	218 991	40 % [36-46 %]	29 %	3 %
Brésil	185 982	201 279	70 % [65-75 %]	8 %	3 %
Botswana	145 190	161 219	93 % [89->95 %]	11 %	2 %
Rwanda	76 726	91 984	88 % [76->95 %]	20 %	1 %
Cameroun	76 228	89 455	38 % [34-43 %]	17 %	1 %
Namibie	70 498	88 717	90 % [78->95 %]	26 %	1 %
Chine	65 481	86 122	32 % [26-37 %]	32 %	1 %
Fédération de Russie	75 900	79 430	... [21-29 %] ^a	5 %	1 %
Lesotho	61 736	76 487	57 % [53-60 %]	24 %	1 %

^a Les estimations du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral sont en cours d'examen et seront ajustées, si nécessaire, en fonction de la collecte et de l'analyse des données en cours. La couverture ne peut donc pas être donnée ou dans certains cas n'être donnée que sous forme de fourchette.

Comme les années précédentes, le plus haut niveau de couverture régionale en 2010 a été observé en Amérique latine et dans les Caraïbes, avec 63 % [57-73 %] ; ce phénomène s'explique par l'ancienneté des programmes de traitement antirétroviral dans certains des plus grands pays de la région.

En Afrique subsaharienne, la couverture du traitement antirétroviral a atteint 49 % [46-52 %] en 2010. Selon les estimations, 73 % des besoins en traitement dans les pays à revenu faible ou moyen reviennent à cette région, qui comptait 76 % du nombre total de personnes recevant un traitement à la fin de 2010. Il existe cependant des différences considérables de couverture à l'intérieur de cette région : alors que 56 % [53-59 %] des personnes qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral y ont eu accès en Afrique orientale et australe, la couverture de ce traitement n'atteignait que 30 % [28-33 %] en Afrique centrale et occidentale.

En 2010, la couverture a également progressé dans toutes les autres régions ; la progression la moins importante a été observée en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, avec 39 % [36-44 %], en Europe et en

Asie centrale, avec 23 % [20-26 %] et en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, où seulement 10 % [8-13 %] des besoins régionaux en traitement antirétroviral ont été satisfaits. Dans ces régions, de nombreux pays sont confrontés à des épidémies d'infection à VIH concentrées dans certaines populations clés particulièrement exposées au VIH, populations qui ont souvent plus de difficultés que d'autres à accéder aux services de traitement et de soins (sous-chapitre 6.4).

À la fin de l'année 2010, 10 pays à revenu faible ou moyen avaient déjà atteint l'accès universel au traitement antirétroviral, dont trois pays à épidémie généralisée (Botswana, Namibie et Rwanda), quatre pays à épidémies concentrées (Cambodge, Chili, Guyana, Nicaragua) et trois pays à épidémie peu étendue (Croatie, Cuba et Slovaquie). On entend communément par accès universel la fourniture du traitement antirétroviral à au moins 80 % des personnes qui en ont besoin (tableau 5.6). Sept pays (Argentine, Brésil, Mexique, République dominicaine, Swaziland, Uruguay et Zambie) avaient un niveau quasi-universel de couverture oscillant entre 70 % et 79 %, et 31 autres pays avaient une couverture supérieure à 50 %.

Encadré 5.9

Méthodes d'estimation des besoins et de la couverture du traitement antirétroviral chez les adultes

La couverture du traitement antirétroviral mesure la proportion de personnes qui reçoivent ce traitement, selon les informations fournies par les programmes nationaux, par rapport à l'estimation du nombre de personnes qui en ont besoin. Le nombre de personnes remplissant les critères pour recevoir un traitement antirétroviral est calculé à partir des courbes nationales de prévalence de l'infection à VIH. Le nombre d'adultes remplissant ces critères est influencé par plusieurs facteurs, dont le seuil du nombre de CD4 à partir duquel il est considéré nécessaire de commencer un traitement antirétroviral. En 2010, l'OMS a recommandé d'augmenter ce seuil en le faisant passer de 200 à 350 cellules par mm³ (1) - ce qui a augmenté de façon substantielle le nombre de personnes remplissant les critères pour recevoir un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen (47).

Pour prendre en compte ces changements, Spectrum comptabilise désormais le nombre d'adultes vivant avec le VIH en fonction de leur nombre de CD4. Cela permet d'obtenir des estimations plus précises du nombre d'adultes qui remplissent les critères pour recevoir un traitement antirétroviral et du nombre de personnes décédées de causes liées au sida. Sur la base des nouvelles données disponibles sur la distribution des personnes vivant avec le VIH en fonction de leur nombre de CD4 et de la diminution annuelle de ce nombre de CD4, il s'avère que la progression entre le moment où une personne est contaminée par le VIH et celui où elle remplit les critères pour recevoir un traitement est plus lente que ce que montraient les estimations précédentes. En conséquence, les estimations du nombre d'adultes remplissant les critères pour recevoir un traitement antirétroviral dans ce rapport sont inférieures à celles publiées dans le rapport de 2010 sur l'accès universel (47).

Enfin, d'après les dernières données démographiques de la Division de la Population des Nations unies (48) incorporées dans le modèle de 2011, les estimations de population sont inférieures d'environ 2 % par rapport aux estimations précédentes. Ensemble, ces changements ont pour conséquence une diminution de l'estimation du nombre d'adultes remplissant les critères pour recevoir un traitement antirétroviral en 2009 : 13,4 millions [12 600 000-13 800 000] selon le modèle de 2009, contre 11,7 millions [11 000 000-12 200 000] selon le modèle de 2011.

Dans le même temps, l'estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral en 2009 a été révisée à la hausse, passant de 1 270 000 [830 000-1 700 000] à 1 670 000 [1 500 000-1 800 000] (encadré 7.19). Il ne faut donc pas comparer le taux de couverture publié ici avec les chiffres de couverture publiés dans les versions antérieures de ce rapport sur l'accès universel.

Selon le modèle révisé, on estime que 2,02 millions [1 800 000-2 300 000] d'enfants avaient besoin d'un traitement antirétroviral en 2010.

Tableau 5.5 Estimation du nombre d'adultes et d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral en 2009 et 2010, en fonction de l'année du modèle

	Modèle 2009	Modèle 2011	
	2009	2009	2010
Estimation du nombre d'adultes ayant besoin d'un traitement antirétroviral	13 400 000 [12 600 000-13 800 000]	11 700 000 [11 000 000-12 200 000]	12 300 000 [11 600 000-12 800 000]
Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral	1 270 000 [830 000-1 700 000]	1 670 000 [1 500 000-1 800 000]	2 020 000 [1 800 000-2 300 000]

Tableau 5.6 Pays à revenu faible ou moyen où l'estimation de la couverture du traitement antirétroviral était comprise entre 50 % et 69 %, entre 70 % et 79 %, ou était de 80 % ou plus, en décembre 2010^a

Couverture du traitement antirétroviral		
50 %-69 % (31 pays)	70 %-79 % (7 pays)	80 % ou plus (10 pays)
Afrique du sud	Lesotho	Argentine
Bélarus	Malawi	Brésil
Belize	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Mexique
Bénin	Paraguay	République dominicaine
Costa Rica	Pérou	Swaziland
El Salvador	Philippines	Uruguay
Équateur	République démocratique populaire lao	Zambie
Éthiopie	Roumanie	Botswana
Gabon	Sénégal	Cambodge
Géorgie	Thaïlande	Chili
Guatemala	Togo	Croatie ^b
Guinée	Turquie	Cuba
Haiti	Venezuela (République bolivarienne du)	Guyana
Honduras		Namibie
Jamaïque		Nicaragua
Kenya		Rwanda
		Slovaquie ^b

a Les pays comptant moins de 100 personnes nécessitant un traitement antirétroviral n'ont pas été inclus dans le tableau.

b Pays où l'estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral est inférieure à 1000. Les données de ces pays doivent être interprétées avec précaution en raison de la façon dont les fourchettes d'incertitude affectent cette estimation de la couverture.

Encadré 5.10

Expansion des services au Rwanda

Au Rwanda, l'épidémie d'infection à VIH est généralisée, et la prévalence est estimée à 3 % dans la population générale et à 4 % chez les femmes enceintes (49). Avec un revenu national brut de 520 US\$ par personne en 2010, le Rwanda est considéré par la Banque mondiale comme un pays à revenu faible (50). Malgré les bouleversements politiques et économiques qui ont détruit la plupart des infrastructures de santé du pays dans les années 1990, le Rwanda a fait de grands progrès dans l'expansion de l'accès à une série continue d'interventions liées au VIH, notamment le conseil et le dépistage, le traitement chez l'adulte et chez l'enfant et la prévention de la transmission mère-enfant.

La riposte nationale, coordonnée au niveau central par la Commission Nationale de Lutte contre le Sida, est caractérisée par une approche multisectorielle, multidisciplinaire, décentralisée et communautaire. Chacun des 30 districts du pays dispose d'un Comité de District de Lutte contre le Sida, et une division claire du travail a été établie entre tous les partenaires d'exécution pour assurer la responsabilisation et éviter la réalisation d'activités identiques par plusieurs organisations. Les personnes vivant avec le VIH sont également impliquées dans plusieurs activités liées au VIH, notamment dans des programmes d'éducation par les pairs où des personnes vivant avec le VIH aident à sensibiliser les membres de leur famille au dépistage du VIH et à l'observance du traitement. Les éducateurs pour les pairs servent aussi à faire le lien entre les centres de santé et les sites de traitement antirétroviral d'une part et les personnes vivant avec le VIH d'autre part, ce qui permet de retrouver plus facilement les personnes ayant abandonné leur traitement. Les associations de personnes vivant avec le VIH ont également reçu l'appui financier du gouvernement et de partenaires de développement pour démarrer des activités génératrices de revenus. Des progrès considérables ont été réalisés pour accroître l'utilisation du conseil et du dépistage du VIH dans la population générale. En 2010, 434 sites proposaient le conseil et le dépistage volontaire, contre seulement 44 en 2003. Le nombre de tests VIH effectués a également augmenté régulièrement grâce à des campagnes d'information, d'éducation et visant à susciter un changement de comportement ; le nombre de tests a atteint 1 860 000 en 2010, soit quatre fois plus que les 472 000 tests enregistrés en 2006 (49).

La couverture du traitement antirétroviral a elle aussi augmenté de manière significative. Le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral était seulement de 870 en 2002 ; il a augmenté en 2006, passant à 34 000, et a atteint 92 000 en 2010. Entre 2008 et 2010, au moins 1000 adultes ont commencé un traitement antirétroviral chaque mois. En décembre 2010, 96 % [85-95 %] des adultes et 45 % [36-53 %] des enfants qui remplissaient les critères pour recevoir un traitement antirétroviral recevaient ce traitement.¹ Le pourcentage d'établissements de santé offrant le traitement antirétroviral a atteint 64 % (328 sur 512) en 2010, une augmentation par rapport aux 38 % (133 sur 354) signalés en 2006. Selon le Plan stratégique national 2009-2012, tous les établissements de santé devront être en mesure d'offrir des services de traitement antirétroviral en 2012, et 90 % des adultes et des enfants remplissant les critères devront avoir accès au traitement antirétroviral.

Des investissements considérables ont été réalisés dans l'expansion des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Le programme national a été créé en 2001, et ses services ont été progressivement intégrés dans les services existants de santé maternelle et infantile. En 2010, 68 % de l'ensemble des femmes enceintes ont fait un test de dépistage du VIH. Cette année-là, 67 % du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, selon les estimations, ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant.² En novembre 2010, le Rwanda a recommandé que toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent une prophylaxie qui associe trois antirétroviraux, que cette prophylaxie soit commencée dès que possible pendant la grossesse selon les critères habituels à remplir pour recevoir cette intervention, et qu'elle soit continuée pendant toute la durée de l'allaitement jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 18 mois. Le diagnostic précoce par PCR de l'infection à VIH chez le nourrisson a été introduit, étendu, et est maintenant disponible dans tous les sites offrant des services de prévention de la transmission mère-enfant ; les liens entre la prévention de la transmission mère-enfant, le traitement antirétroviral et les services de planification familiale sont en train d'être renforcés. Le programme vise à réduire le taux de transmission verticale en dessous de 2 % d'ici à 2012.

¹ Ces estimations de la couverture ont été calculées en utilisant les estimations standardisées fournies par le logiciel Spectrum (des informations sur les méthodes d'estimation chez l'adulte se trouvent dans l'encadré 5.9 et sur les méthodes d'estimation chez l'enfant dans l'encadré 7.19).

² En 2010, 10 % des femmes enceintes ont reçu de la névirapine en dose unique.

Encadré 5.11

Parvenir à l'accès universel au traitement antirétroviral au Cambodge

Selon les estimations, le Cambodge a une population de 13,8 millions d'habitants (2010), et les données épidémiologiques montrent que l'épidémie d'infection à VIH y est concentrée, touchant particulièrement les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues par injection et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Selon les estimations les plus récentes, environ 63 000 personnes vivaient avec le VIH dans le pays en 2009.

Malgré un système de santé fragile affaibli par des décennies de guerre civile et sa situation de pays à faible revenu faible (le revenu national brut par personne est de 710 US\$ (51)), le Cambodge a été en mesure de mettre en œuvre une riposte nationale au VIH qui est globale et efficace. La prévalence de l'infection à VIH a baissé, passant de 2,0 %, selon les estimations, chez les personnes âgées de 15 à 49 ans en 1998 à 0,7 %, selon les projections, en 2010. Le Cambodge a été en mesure d'atteindre les objectifs chiffrés d'accès universel au traitement antirétroviral, avec près de 43 000 personnes recevant ce traitement, soit 92 % des adultes et des enfants qui en ont besoin (tableau 5.7). Ce pays a atteint cet objectif en tirant parti d'un soutien politique de haut niveau pour établir une riposte nationale intégrée, décentralisée et reposant sur des bases factuelles.

Tableau 5.7 Sélection d'indicateurs nationaux de soins et de traitement de l'infection à VIH, Cambodge, 2010

Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral	43 000 (39 000 adultes et 4 000 enfants)
% de personnes sous traitement antirétroviral parmi celles ayant besoin de ce traitement	92 % [68 %->95 %]
Adultes vivants et recevant un traitement antirétroviral à 12, 24 et 60 mois	86 % (12 mois), 84 % (24 mois) and 78 % (60 mois)
Nombre médian de CD4 au moment de l'inscription pré-traitement antirétroviral	197 par mm ³
% de nouvelles personnes inscrites dans les services de prise en charge pré-traitement antirétroviral ayant bénéficié d'un dépistage de la tuberculose	64 %
% de femmes enceintes qui ont fait un test de dépistage du VIH et reçu le résultat de ce test	57 %

Le traitement antirétroviral a été introduit à petite échelle en 2001, mais son extension s'est trouvée entravée par un manque de coordination entre les actions menées par les nombreux acteurs, des capacités limitées et l'insuffisance d'infrastructure des établissements de santé locaux et une stigmatisation et une discrimination fortes à l'encontre des personnes vivant avec le VIH. Pour remédier à ces contraintes et créer un programme national de traitement antirétroviral complet et pérenne, le National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD [NCHADS] (Centre national sur le VIH/sida, la dermatologie et les MST [NCHADS]) a dirigé en 2003 la mise en place d'un Cadre pour un continuum de soins, basé sur les services au niveau du district (mettant en avant le travail d'équipe et les liens avec les communautés, notamment par le biais de soins à domicile) et une approche de santé publique pour la prestation de services.

Les services de santé concernant l'infection à VIH ont été progressivement élargis de manière coordonnée afin de couvrir la plupart des districts opérationnels du pays. En 2008, le NCHADS et le National Maternal and Child Health Center (Centre national de la santé maternelle et infantile) ont introduit une stratégie concertée appelée « Riposte liée » qui fournit une approche globale pour la prévention de la transmission mère-enfant, y compris le conseil et le dépistage du VIH au niveau des centres de santé. De la même manière, le NCHADS et le National Center for Tuberculosis and Leprosy Control (Centre national de lutte contre la tuberculose et la lèpre) ont accéléré les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH, notamment le conseil et le dépistage du VIH pour les personnes atteintes de tuberculose suivies dans les centres de santé et la stratégie des « trois I » contre le VIH et la tuberculose (sous-chapitre 5.4.2) au niveau des districts opérationnels.

Des politiques nationales ont également été mises en place pour permettre un continuum entre les services de prévention et les services de soins et de traitement pour les populations clés particulièrement exposées au VIH, notamment les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les consommateurs de drogues par injection. L'accès aux services de santé a été amélioré par le renforcement des liens et des mécanismes d'orientation entre les programmes de sensibilisation destinés aux communautés et les services de conseil et de dépistage du VIH, les services de soins et de traitement de l'infection à VIH et les services de santé sexuelle et génésique.

Une attention particulière est également accordée à la mesure et à l'amélioration de la qualité du programme de soins et de traitement de l'infection à VIH. Des réunions de coordination sont organisées régulièrement, un mentorat est fourni au personnel des districts et des centres de santé, et des réunions des réseaux national et régionaux pour les cliniciens et les conseillers facilitent l'échange d'expériences et de meilleures pratiques. Une stratégie de lutte contre la pharmacorésistance du VIH a été adoptée, notamment le suivi d'indicateurs d'alerte précoce, et une stratégie d'amélioration continue de la qualité est actuellement mise en place. Un soutien est apporté à chaque district opérationnel pour la collecte des indicateurs qui mesurent la qualité de la prise en charge des usagers des services de santé dans le continuum de soins et pour mettre en œuvre les mesures correctives appropriées.

5.3.2 Accès des femmes et des enfants au traitement antirétroviral

Au total, 136 pays à revenu faible ou moyen ont transmis des données ventilées pour les adultes et les enfants. À la fin de l'année 2010, environ 456 000 enfants âgés de 0 à 14 ans recevaient un traitement antirétroviral, contre 356 400 à la fin de l'année 2009, soit une augmentation de 29 % (une analyse approfondie du traitement pédiatrique et des politiques concernant l'enfant se trouve dans le chapitre 7).

Dans les pays à revenu faible ou moyen, la couverture globale du traitement antirétroviral était en 2010 plus faible chez les enfants que chez les adultes. Les enfants représentaient 7 % des personnes recevant un traitement antirétroviral et 14 % des personnes qui en avaient besoin. Sur les 2 020 000 [1 800 000–2 300 000] enfants qui, selon les estimations, avaient besoin d'un traitement antirétroviral, seuls 23 % [20–25 %] avaient accès à ce traitement, contre 51 % des adultes [48–54 %].¹ L'une des principales raisons est que 91 % des enfants qui ont besoin d'un traitement vivent en Afrique subsaharienne et que l'estimation de la couverture dans cette région est d'environ 21 % (tableau 5.8). Et, la région d'Europe et d'Asie centrale est la seule où la couverture est plus élevée chez les enfants que chez les adultes, un fait qui s'explique notamment par l'expansion des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans

cette région et par l'existence de liens solides avec les services de traitement et de soins.

Au total, 109 pays à revenu faible ou moyen ont transmis des données ventilées par sexe sur le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral, ce qui représente 95 % des 6,65 millions de personnes qui recevaient ce traitement en 2010.² Les données montrent que 58 % des personnes recevant un traitement antirétroviral et 51 % des personnes qui en avaient besoin étaient des femmes. Globalement, la couverture du traitement antirétroviral était plus élevée chez les femmes, atteignant 53 % contre 40 % chez les hommes, selon les estimations. Ces caractéristiques ne se retrouvent toutefois pas dans toutes les régions (tableau 5.9). Les femmes sont particulièrement avantagées par rapport aux hommes en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est et en Afrique subsaharienne. La couverture du traitement antirétroviral est en revanche plus élevée chez les hommes que chez les femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes.

1 La couverture observée en 2010 a diminué par rapport à 2009 car l'estimation du nombre d'enfants qui ont besoin d'un traitement antirétroviral a augmenté (encadré 7.19).

2 Certains pays n'ont fourni des données ventilées que pour une partie des personnes y recevant un traitement antirétroviral. Pour ces pays disposant d'un ensemble de données incomplet, les données sur le traitement en fonction du sexe ont été obtenues en appliquant au nombre total de personnes recevant un traitement le rapport homme-femme calculé à partir des données disponibles. Sept pays disposaient de données ventilées en fonction du sexe pour 2008 ou 2009, mais pas pour 2010 ; le rapport homme-femme disponible pour 2008 ou 2009 a de la même manière été appliqué aux données de 2010.

Tableau 5.8 Nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans recevant un traitement antirétroviral, estimation du nombre d'enfants ayant besoin de ce traitement et couverture chez les enfants et chez les adultes dans les pays à revenu à faible ou moyen, par région géographique, en décembre 2010^a

Région géographique	Nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral, décembre 2010	Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2010 [fourchette]	Couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, décembre 2010 [fourchette] ^b	Couverture du traitement antirétroviral chez les adultes, décembre 2010 [fourchette] ^b
Afrique du Nord et Moyen-Orient	840	18 500 [12 000–25 000]	5 % [3–7 %]	10 % [8–14 %]
Afrique subsaharienne	387 500	1 840 000 [1 600 000–2 100 000]	21 % [19–24 %]	55 % [52–58 %]
Afrique orientale et australe	337 200	1 290 000 [1 100 000–1 400 000]	26 % [23–29 %]	62 % [59–65 %]
Afrique centrale et occidentale	50 200	550 000 [480 000–630 000]	9 % [8–11 %]	35 % [33–38 %]
Amérique latine et Caraïbes	16 300	41 400 [34 000–50 000]	39 % [32–48 %]	64 % [58–74 %]
Amérique latine	13 600	30 600 [25 000–38 000]	44 % [36–55 %]	65 % [58–75 %]
Caraïbes	2 700	10 800 [8 700–13 000]	25 % [21–31 %]	64 % [57–70 %]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	43 800	113 000 [84 000–140 000]	39 % [30–52 %]	39 % [37–43 %]
Europe et Asie centrale	7 500	11 400 [10 000–13 000]	65 % [55–71 %]	22 % [19–25 %]
Ensemble des pays à revenu faible ou moyen	456 000	2 020 000 [1 800 000–2 300 000]	23 % [20–25 %]	51 % [48–54 %]

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

a Une explication sur la méthode utilisée se trouve dans les notes explicatives consacrées aux annexes 4 et 5 et dans l'encadré 5.9.

b L'estimation de la couverture est basée sur l'estimation non arrondie du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral et sur l'estimation non arrondie du nombre de personnes ayant besoin de ce traitement.

Tableau 5.9 Comparaison de l'estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les hommes et les femmes, dans pays à revenu faible ou moyen, par région, décembre 2010

Région géographique (nombre de pays ayant transmis des données/ nombre total de pays dans la région)	Hommes			Femmes		
	Couverture ^a	Nombre recevant un traitement antirétroviral	Estimation du nombre en ayant besoin	Couverture ^a	Nombre recevant un traitement antirétroviral	Estimation du nombre en ayant besoin
Afrique subsaharienne (44/46)	41 %	1 751 900	4 300 000	55 %	3 060 100	5 600 000
Afrique orientale et australe (20/22)	48 %	1 467 400	3 100 000	62 %	2 503 300	4 000 000
Afrique centrale et occidentale (24/24)	23 %	284 500	1 200 000	35 %	556 800	1 600 000
Amérique latine et Caraïbes (20/29)	64 %	322 900	500 000	62 %	177 600	280 000
Amérique latine (16/20)	64 %	292 800	455 000	64 %	147 800	230 000
Caraïbes (4/9)	64 %	30 100	47 000	56 %	29 800	53 000
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (20/34)	34 %	521 800	1 600 000	48 %	399 700	830 000
Europe et Asie centrale (18/26)	20 %	27 100	140 000	20 %	20 600	100 000
Moyen-Orient et Afrique du Nord (7/14)	9 %	7 600	86 000	9 %	5 600	61 000
Total (109/149)	40 %	2 631 300	6 600 000	53 %	3 663 500	6 900 000

a L'estimation de la couverture est basée sur l'estimation non arrondie du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral et sur l'estimation non arrondie du nombre de personnes ayant besoin de ce traitement.

5.3.3. Disponibilité du traitement antirétroviral

Le nombre et la répartition des établissements de santé fournissant un traitement antirétroviral sont d'importants indicateurs de l'expansion des services de traitement et de l'accès à ces services. En 2010, 128 pays à revenu faible ou moyen ont déclaré un total de 22 369 établissements de santé fournissant ce traitement ; 78 % de ces établissements appartenaient au secteur public et 8 % au secteur privé (l'information n'était pas précisée pour 14 % d'entre eux).

Au total, 109 pays ont fourni des données à la fois pour 2009 et 2010. Dans ces pays, le nombre déclaré d'établissements de santé fournissant un traitement antirétroviral est passé de 18 386 à 21 641, soit une augmentation de 18 % en un an. Il a augmenté de 22 % en Afrique subsaharienne (de 8462 à 10 359 dans 39 pays), de 10 % en Amérique latine et dans les

Caraïbes (de 2759 à 3048 dans 24 pays), de 12 % en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (de 6015 à 6741 dans 21 pays) et de 33 % en Europe et en Asie centrale (de 1033 à 1369 dans 17 pays). En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, le nombre d'établissements fournissant un traitement antirétroviral est passé de 117 en 2009 à 124 en 2010 dans les 8 pays ayant fourni des données, soit une hausse de 6 %.

Le nombre moyen de personnes recevant un traitement antirétroviral par établissement de santé dans le sous-ensemble de 109 pays ayant fourni des données pour les deux années est passé de 277 en 2009 à 297 en 2010. Ce nombre moyen est nettement plus élevé en Afrique subsaharienne que dans le reste du monde, avec 484 personnes recevant un traitement antirétroviral par établissement de santé en 2010 contre 457 en 2009. Il n'est pas possible de comparer directement les sites

Tableau 5.10 Nombre d'établissements fournissant un traitement antirétroviral en 2009 et 2010 dans les pays ayant transmis des données pour ces deux années

Région géographique	Nombre de pays ayant transmis des données pour 2009 et 2010	Nombre d'établissements fournissant un traitement antirétroviral en 2010	Nombre d'établissements fournissant un traitement antirétroviral en 2009	Augmentation entre 2009 et 2010 (%)	Nombre moyen de personnes recevant un traitement antirétroviral par établissement de santé en 2010
Afrique subsaharienne	39	10359	8462	22 %	484
Amérique latine et Caraïbes	24	3048	2759	10 %	153
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	20	6741	6015	12 %	132
Europe et Asie centrale	17	1369	1033	33 %	34
Moyen-Orient et Afrique du Nord	8	124	117	6 %	66
Total	109	21641	18386	18 %	297

d'une région à l'autre du fait de leurs structures très différentes ; il est cependant nécessaire de s'assurer que ces établissements sont distribués et équipés de manière adéquate et dotés du personnel nécessaire pour prendre en charge correctement les cohortes de patients dont la taille ne fait qu'augmenter, la charge de travail par membre du personnel soignant pouvant avoir une influence significative sur la qualité de la prestation de services.

5.3.4 Résultats au niveau du programme : rétention sous traitement antirétroviral

Pour surveiller la qualité de la prestation de services et assurer le succès à long terme des programmes de traitement antirétroviral, il est primordial de mesurer de façon adéquate la rétention sous traitement antirétroviral, c'est-à-dire la proportion de personnes ayant commencé un traitement antirétroviral à vie qui survivent et continuent à recevoir ce traitement au fil du temps. Pour avoir une meilleure perspective sur l'efficacité des programmes nationaux de soins, il faut cependant aussi renforcer la surveillance des personnes vivant avec le VIH tout au long du continuum de soins, en particulier celle des personnes inscrites dans les services de soins mais qui n'ont pas encore commencé un traitement antirétroviral.

Bien que les données en provenance des pays et portant sur les taux de rétention tout au long de la cascade d'interventions soient limitées, une analyse récente a montré des taux de rétention très faibles entre le moment du dépistage et le début du traitement chez les personnes vivant avec le VIH (encadré 4.3). Au Viet Nam, la comparaison du nombre de cas cumulés signalés dans le cadre de la déclaration des cas d'infection à VIH et du nombre d'inscriptions dans les services de soins de cette infection et de traitement antirétroviral a montré des écarts importants entre les services, ce qui a conduit à des changements dans la gestion du programme (encadré 5.12).

En décembre 2010, 92 pays à revenu faible ou moyen ont transmis des données sur la rétention à 12 mois, soit une diminution par rapport aux 115 pays ayant transmis ce type d'informations en décembre 2009. Le nombre de personnes évaluées à chaque intervalle de 12 mois a quant à lui légèrement augmenté. Le nombre de pays ayant transmis des données sur la rétention à 24 mois a lui aussi augmenté entre 2009 et 2010, tout comme le nombre de personnes évaluées (tableau 5.11).

Encadré 5.12

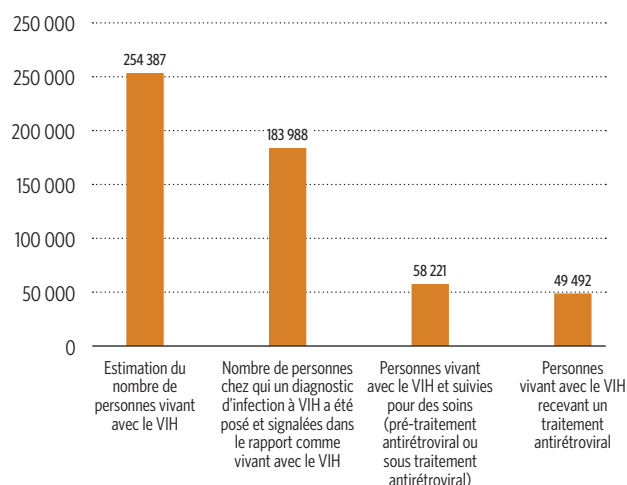
Renforcer la continuité entre la prévention et les soins pour favoriser la rétention dans les services liés au VIH au Viet Nam

Le Viet Nam a fait des progrès considérables dans l'expansion rapide de l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins. En décembre 2010, 49 492 personnes recevaient un traitement antirétroviral, soit 18 fois plus qu'en décembre 2005. Néanmoins, une analyse des cas d'infection à VIH signalés et des données sur les soins et le traitement a montré qu'un grand nombre de personnes trouvées séropositives lors du test de dépistage n'étaient pas inscrites dans les services de soins et n'avaient pas commencé de traitement antirétroviral (figure 5.4). Pour combler ce décalage et améliorer la rétention des patients, l'Autorité vietnamienne de lutte contre le VIH/sida s'est employée à renforcer le continuum de différents services (diagnostic, soins et traitement) ainsi que les liens entre les sites de prise en charge de l'infection à VIH et les autres services sanitaires et communautaires.

Les communautés ont été fortement encouragées à participer davantage afin d'étendre la couverture de la prévention de l'infection à VIH et de promouvoir un dépistage précoce de cette infection. Dans de nombreux sites, des personnes vivant avec le VIH travaillent aussi comme pairs, aidant les patients dans leur cheminement tout au long des différentes étapes allant du diagnostic de l'infection à VIH à l'inscription dans les services ambulatoires de prise en charge de cette infection. Suite à l'élaboration en 2010 de directives nationales sur les soins à domicile, des équipes communautaires ont reçu une formation pour aider les patients à continuer leur suivi dans les services de soins et à observer correctement leur traitement antirétroviral.

Des résultats peuvent déjà être observés dans certains districts. Les centres de santé de district de Tu Liem et de Dong Anh (Hanoi) ont encouragé les activités de collaboration avec éducation par les pairs et intégration des services (par exemple avec les services de lutte contre la tuberculose ou de traitement de soutien par la méthadone), et le taux de rétention sous traitement antirétroviral à 12 mois dépasse maintenant 90 %. Dans le centre de santé de district de Tan Chau (An Giang), où des investissements considérables ont été faits pour renforcer le suivi des personnes vivant avec le VIH grâce à des équipes de soins à domicile, le taux de rétention sous traitement antirétroviral s'est amélioré, passant de 66 % en 2009 à 85 % en 2010, le pourcentage de rendez-vous respectés ayant lui aussi augmenté au cours de la même période, passant de 76 % à 86 %.

Figure 5.4 Cascade du nombre de personnes chez qui un diagnostic d'infection à VIH est posé, entrent dans des services de soins puis reçoivent un traitement, au Viet Nam, en 2010



Sources : Le nombre de personnes vivant avec le VIH a été estimé en utilisant EPP et Spectrum. Le nombre de personnes diagnostiquées et déclarées comme vivant avec le VIH a été obtenu à partir du système national de notification des cas. Les données sur les personnes suivies pour des soins et recevant un traitement antirétroviral sont issues du système national préparant des rapports systématiques et faisant partie de l'Autorité vietnamienne de lutte contre le VIH/sida du Ministère de la Santé. Il est possible que certaines données de déclaration des cas incluent un certain nombre de doubles comptages.

Les données transmises pour chaque moment spécifique ont été regroupées pour produire des estimations régionales et mondiales. Les données sur la proportion de personnes continuant à recevoir un traitement antirétroviral au cours du temps indiquent encore que l'attrition se produit en majorité au cours de la première année. L'attrition se poursuit tout au long du suivi, mais à un niveau inférieur à celui observé au cours de la première année de traitement. En 2010, le taux de rétention moyen à 12 mois dans le monde était de 81 % (intervalle interquartile : 75-90 %), puis diminuait pour passer à 75 % (intervalle interquartile : 69-88 %) à 24 mois et à 67 % (intervalle interquartile : 59-83 %) à 60 mois. Il est important de noter que les tendances de la rétention signalées en 2010 étaient du même ordre que celles observées en 2008 (52) et en 2009 (53). Les taux de rétention signalés variaient cependant beaucoup entre les pays, surtout après cinq ans (figure 5.5). Bien que l'attrition réelle sous-jacente puisse expliquer certaines de ces variations, d'autres peuvent également être liées à des insuffisances dans les informations et les systèmes utilisés pour évaluer la qualité du suivi (encadré 5.13).

Encadré 5.13

Surveillance du continuum de soins et amélioration de la qualité des données

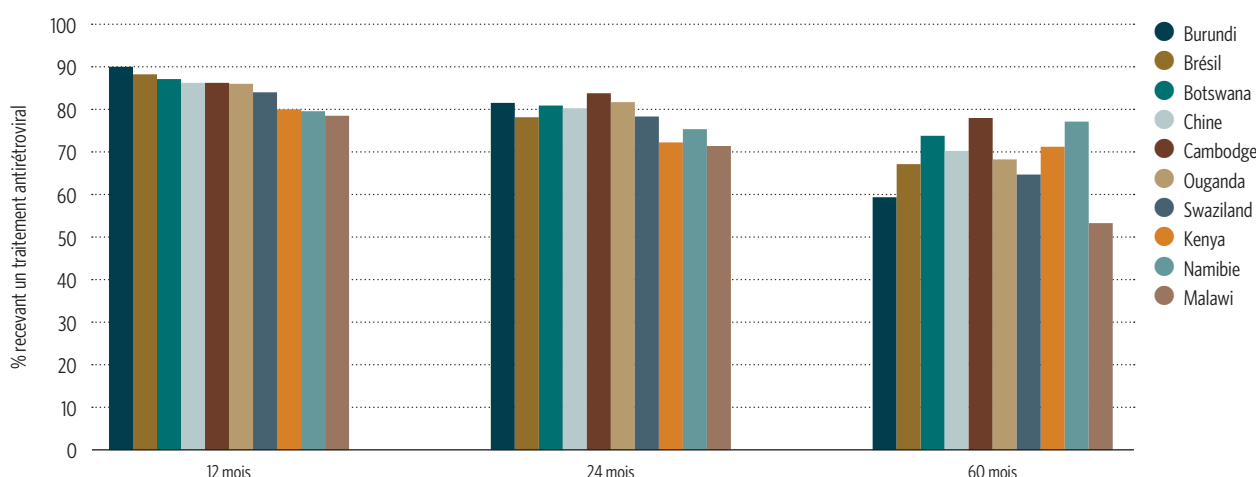
Dans le cadre de l'expansion du traitement antirétroviral, des investissements considérables ont été faits pour améliorer le suivi des cohortes de personnes mises sous traitement antirétroviral, notamment des taux de rétention (tableau 5.11). Toutefois, les données programmatiques transmises sont encore incomplètes, et les résultats tirés de ces données peuvent être sujets à des biais (52,54). Surtout, peu de pays ont la capacité de produire des données cohérentes sur l'ensemble de leur cohorte nationale de personnes commençant un traitement antirétroviral et pour la période la plus récente. Parmi les pays à prévalence élevée d'infection à VIH, seuls l'Éthiopie et le Malawi ont été en mesure de produire pour l'année 2010 des estimations de la rétention sous traitement antirétroviral à 12 mois à partir de données portant sur plus de 90 % des personnes ayant commencé ce traitement en 2009. Il se peut donc que les données transmises ne soient pas représentatives des programmes nationaux.

Tableau 5.11 Nombre de pays ayant fourni des données sur la rétention sous traitement antirétroviral à 12, 24 et 60 mois parmi les 149 pays à revenu faible ou moyen, en 2008, 2009 et 2010

	2008		2009		2010	
	Nombre de pays ayant transmis des données	Nombre de personnes évaluées	Nombre de pays ayant transmis des données	Nombre de personnes évaluées	Nombre de pays ayant transmis des données	Nombre de personnes évaluées
Rétention à 12 mois	61	297 408	115	519 890	92	630 535
Rétention à 24 mois	42	132 427	66	284 017	73	297 239
Rétention à 60 mois	ND	ND	ND	ND	46	92 477

ND : non demandé.

Figure 5.5 Taux de rétention sous traitement antirétroviral à 12, 24 et 60 mois dans différents pays



Les pays sélectionnés représentent 91 % des personnes pour lesquelles des données de rétention à 60 mois sont disponibles. Les résultats ne sont pas forcément linéaires au fil du temps, les résultats à 12, 24 et 60 mois étant mesurés sur différentes cohortes en fonction de l'année où le traitement antirétroviral a été commencé.

Au total, 50 pays ont transmis des données sur la rétention à 12 mois ventilées en fonction du sexe, et 47 pays ont fourni des données sur la rétention ventilées en fonction de l'âge (enfants âgés de 0 à 14 ans et personnes âgées de 15 ans et plus). La rétention à 12 mois dans le monde est similaire chez la femme et chez l'homme, en moyenne de 84 % pour chacun des sexes dans les 50 pays ayant transmis des données. Le taux moyen de rétention à 12 mois est de 80 % chez l'enfant et de 82 % chez l'adolescent et l'adulte. Le taux de rétention chez l'enfant s'est amélioré par rapport aux données déclarées pour 2009, où il était de 73 %.

Peu de pays sont en mesure de fournir des informations détaillées sur les raisons d'une interruption de traitement antirétroviral (par exemple : décès, arrêt du traitement ou perdu de vue). Seuls 41 pays (45 % de ceux ayant transmis des données) et 32 pays (70 % de ceux ayant transmis des données) ont respectivement fourni des données détaillées sur la rétention à 12 et 60 mois. Il est possible que les pays en mesure de présenter des données à 60 mois aient de meilleurs systèmes de suivi de cohorte et de suivi des résultats. Pour chacune des deux périodes, les perdus de vue représentaient plus de la moitié des personnes ayant arrêté leur traitement. Néanmoins, de nombreuses situations peuvent expliquer que ces personnes soient perdues de vue, par exemple un décès ou un transfert vers un autre site afin de continuer le traitement mais sans que ce transfert soit enregistré ou repéré. Il n'est donc pas possible de déterminer avec précision les raisons pour lesquelles les taux de perdus de vue sont aussi importants.

Pour que les patients bénéficient au maximum des avantages à long terme que le traitement antirétroviral apporte à la santé et pour assurer la pérennité des programmes, il est essentiel d'obtenir des taux de rétention élevés ; il faut donc investir davantage pour soutenir de façon continue ces programmes. Il est également fondamental que les patients se présentent en temps opportun pour commencer un traitement antirétroviral afin de réduire le nombre de décès précoces après la mise sous traitement (55). Au fil du temps, certains facteurs programmatiques tels que la capacité des sites et l'augmentation de la charge de travail peuvent ressortir davantage si les systèmes ne sont pas adaptés pour faire face à l'accroissement des besoins quand un nombre toujours plus grand de personnes reçoivent un traitement. De nouvelles études menées en Afrique du Sud ont en effet retrouvé un risque plus élevé d'être perdu de vue chez les personnes débutant un traitement antirétroviral ces dernières années que dans les années plus anciennes (56,57), un résultat en partie liée à la pression considérable que l'expansion rapide du traitement fait peser sur les services de santé.

Il est crucial de disposer de systèmes de suivi de cohorte qui soient efficaces et simplifiés pour faciliter aussi l'expansion adéquate d'autres interventions essentielles, comme la prévention et la prise en charge des infections opportunistes (notamment la tuberculose), le soutien nutritionnel, et les interventions en rapport avec la pharmacovigilance, la pharmacorésistance et l'observance. Compte tenu de l'augmentation de la charge de travail liée à la collecte

et au traitement d'informations pour un plus grand nombre d'indicateurs et de personnes, il peut être nécessaire de mettre au point des approches d'un genre nouveau pour obtenir ces données, afin de protéger la fiabilité et la pérennité des systèmes d'information sanitaire nationaux (58).

5.3.5 Prévention et évaluation de la pharmacorésistance du VIH

Avec l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral, l'apparition d'une pharmacorésistance du VIH est inévitable du fait du taux élevé de mutations de ce virus et de recombinaisons virales et du fait que le traitement doit être pris pendant toute la vie. Afin d'améliorer la surveillance de la pharmacorésistance du VIH selon des approches normalisées, l'OMS, en collaboration avec le Réseau mondial sur la pharmacorésistance du VIH (HIVResNet) qu'elle coordonne, a élaboré une stratégie mondiale pour la prévention et l'évaluation de la pharmacorésistance du VIH. Cette stratégie est basée sur trois éléments fondamentaux : (1) suivi systématique d'indicateurs d'alerte précoce de la pharmacorésistance du VIH, (2) enquêtes pour évaluer la pharmacorésistance acquise du VIH et les facteurs programmatiques associés dans les populations recevant un traitement antirétroviral, et (3) enquêtes pour classer la pharmacorésistance transmise du VIH dans les populations récemment infectées par ce virus (59). Mi-2011, plus de 60 pays avaient mis en œuvre un ou plusieurs éléments de la stratégie de prévention et d'évaluation de la pharmacorésistance du VIH (60). Afin de faciliter la mise en œuvre des plans nationaux, l'OMS appuie l'accréditation de laboratoires nationaux, régionaux et spécialisés pour réaliser des tests de pharmacorésistance du VIH. Mi-2011, 27 laboratoires pouvant réaliser ces tests avaient été accrédités.

5.3.5.1 Pharmacorésistance du VIH – Indicateurs d'alerte précoce

Des travaux de recherche montrent que divers facteurs propres aux programmes et aux sites sont étroitement associés à l'émergence d'une pharmacorésistance du VIH et qu'une surveillance adéquate peut servir d'indicateurs d'alerte précoce pour aider à gérer de manière appropriée les programmes. L'OMS a identifié huit indicateurs d'alerte précoce de la pharmacorésistance du VIH, chacun étant associé à un objectif chiffré recommandé, et recommande que ces indicateurs soient suivis tous les ans dans tous les sites ou dans un grand nombre de sites représentatifs (encadré 5.14) (61,62). L'OMS suggère que les programmes nationaux de traitement antirétroviral réalisent la surveillance des indicateurs d'alerte précoce de la pharmacorésistance du VIH pour lesquels elle est réalisable à partir des données disponibles et collectées en routine.

Mi-2011, 50 pays avaient fait le suivi d'un ou de plusieurs indicateurs d'alerte précoce à partir des données disponibles collectées en routine, couvrant 132 000 personnes ayant commencé un traitement antirétroviral entre 2004 et 2009 dans 2107 services de consultations pour le traitement antirétroviral.

De nombreux pays ont utilisé les résultats de la surveillance des indicateurs d'alerte précoce pour

Encadré 5.14

Liste des indicateurs d'alerte précoce et objectifs chiffrés recommandés correspondants

Indicateurs d'alerte précoce	Objectif chiffré (%)
1. % de prescriptions initiales de traitement antirétroviral conformes avec les directives nationales ou les lignes directrices de l'OMS	100
2. % de personnes recevant un traitement antirétroviral perdues de vue à 12 mois	≤20
3. % de personnes recevant un traitement antirétroviral toujours sous traitement antirétroviral de première intention après 12 mois	≥70
4. % de personnes recevant un traitement antirétroviral qui ont retiré 100 % de leurs médicaments dans les délais au cours des 12 premiers mois de traitement antirétroviral ou d'une période fixée	≥90
5. % de personnes recevant un traitement antirétroviral honorant tous leurs rendez-vous de consultation dans les délais au cours des 12 premiers mois de traitement antirétroviral ou d'une période fixée	≥80
6. % de continuité de l'approvisionnement en antirétroviraux au cours d'une période de 12 mois	100
7. % de personnes recevant un traitement antirétroviral et observant leur traitement, sur la base d'un compte des comprimés ou d'un autre moyen de mesure normalisé de l'observance	≥90
8. % de personnes recevant un traitement antirétroviral dont la charge virale est inférieure à 1000 copies/ml à 12 mois	≥70

améliorer la gestion de leur programme (63–65). Au vu des taux élevés de perdus de vue, de rendez-vous manqués ou de personnes qui ne venaient pas chercher à temps leurs antirétroviraux, les pays se sont attachés à améliorer les mécanismes pour retrouver les personnes sous traitement. En Namibie, le Ministry of Health and Social Services (Ministère de la Santé et des Services sociaux), qui a identifié les travailleurs migrants comme étant à risque d'interrompre leur traitement, a par exemple prévu de renforcer les systèmes existants pour repérer les interruptions de traitement en améliorant son système de dossiers électroniques, en établissant une base de données nationale de patients avec identifiants uniques et en augmentant la mobilisation et la redistribution des ressources humaines (66).

5.3.5.2 Enquêtes pour évaluer la pharmacorésistance acquise du VIH et les facteurs programmatiques associés

Les enquêtes normalisées réalisées dans des services de consultations sentinelles de traitement antirétroviral de l'adulte et de l'enfant sont des instruments importants pour évaluer l'apparition et la prévention de la pharmacorésistance du VIH dans les populations qui reçoivent un traitement antirétroviral de première intention (67). Les enquêtes de surveillance de la pharmacorésistance du VIH permettent d'identifier les facteurs auxquels s'attaquer en faisant des ajustements au niveau du site ou du programme afin

Encadré 5.15

Proportion de services de consultations ayant fait l'objet d'une surveillance et qui ont atteint les objectifs chiffrés des indicateurs d'alerte précoce recommandés par l'OMS, par indicateur et par région, en 2004–2009

Le pourcentage de services de consultations pour adultes ayant atteint les objectifs chiffrés recommandés par l'OMS varie considérablement en fonction de l'indicateur d'alerte précoce et de la région considérés. Alors que la plupart des services de consultations ayant participé à l'exercice en Afrique et en Asie ont atteint l'objectif chiffré du premier indicateur d'alerte précoce (pratiques de prescription appropriées des schémas thérapeutiques de première intention), seuls 46 % des services de consultations d'Amérique latine et des Caraïbes ayant fait l'objet d'une surveillance ont atteint les niveaux recommandés. Dans le monde, 69 % des services de consultations ayant fait l'objet d'une surveillance ont atteint l'objectif chiffré pour le deuxième indicateur d'alerte précoce (perdus de vue), et 67 % l'objectif chiffré pour le troisième indicateur d'alerte précoce (rétention sous traitement antirétroviral de première intention). Seulement 17 % des services de consultations ayant fait l'objet d'une surveillance ont atteint l'objectif chiffré recommandé par l'OMS pour le quatrième indicateur d'alerte précoce, à savoir fournir dans les délais 100 % des médicaments à au moins 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral. Cinquante-huit pour cent des services de consultations ont atteint l'objectif chiffré recommandé par l'OMS pour le cinquième indicateur d'alerte précoce (honorer les rendez-vous dans les délais), et l'approvisionnement en antirétroviraux sur 12 mois a été continu (sixième indicateur d'alerte précoce) dans 65 % d'entre eux. Les données disponibles sur le septième et le huitième indicateurs d'alerte précoce sont limitées. D'une manière générale, les résultats obtenus pour les indicateurs d'alerte précoce sont particulièrement préoccupants, car de nombreux pays n'ont pas atteint les objectifs chiffrés recommandés. Ces données confirment le besoin urgent de renforcer la surveillance des programmes de traitement antirétroviral et le soutien pour améliorer l'observance du traitement antirétroviral ainsi que la rétention sous traitement, de mettre en place des systèmes fiables pour retrouver les personnes qui ne se présentent pas pour leur suivi et enfin de prévenir les ruptures de stock de médicaments.

de minimiser l'apparition de pharmacorésistance qui peut être prévenue. Les résultats d'enquêtes effectuées régulièrement sur des sites représentatifs peuvent améliorer la base de connaissances disponibles utilisée pour optimiser la sélection des schémas thérapeutiques d'antirétroviraux pour un pays. Mi-2011, 51 enquêtes sur la pharmacorésistance du VIH acquise avaient été mises en œuvre dans 13 pays (en Afrique et en Asie du Sud et du Sud-Est). Dans une analyse de données agrégées provenant de 15 enquêtes réalisées dans 5 pays, une pharmacorésistance du VIH avant la mise sous traitement a été observée chez 6 % des 2150 personnes commençant un traitement antirétroviral de première intention. Après 12 mois de traitement antirétroviral, 10 % des personnes étaient en échec virologique (charge virale supérieure à 1000 copies par ml). Une pharmacorésistance détectable du VIH a été retrouvée chez 69 % de ces personnes. En utilisant les schémas thérapeutiques de deuxième intention actuellement recommandés, les prévisions ont montré que la suppression virale devrait être obtenue chez 96 % des personnes vivant avec le VIH en échec thérapeutique sous traitement de première intention et qui présentaient un virus pharmacorésistant à 12 mois (68).

5.3.5.3 Enquêtes pour classer la pharmacorésistance transmise du VIH

Une méthode d'enquête a été mise au point pour classer la pharmacorésistance transmise du VIH dans les populations susceptibles d'avoir été récemment infectées par ce virus. Dans cette méthode, les critères requis pour la sélection des sites et des personnes ont été conçus pour minimiser l'inclusion de personnes ayant déjà reçu un traitement antirétroviral et/ou de personnes présentant une infection chronique ; trois catégories de pharmacorésistance transmise du VIH ont été définies : faible (moins de 5 %), modérée (5 à 15 %) et élevée (> 15 %) (69). Les résultats de ces enquêtes conjugués à ceux d'autres évaluations clés permettent d'obtenir des informations importantes et pertinentes pour la prévention de la pharmacorésistance.

Mi-2011, 53 enquêtes avaient été réalisées dans 22 pays pour évaluer la pharmacorésistance transmise du VIH : 83 % de ces enquêtes ont retrouvé un faible niveau de pharmacorésistance transmise, et 17 % un niveau modéré. La prévalence globale de la pharmacorésistance transmise du VIH était de 3,7 % [intervalle de confiance à 95 % (3,0-4,4 %)]. En particulier, 5 des 11 enquêtes réalisées en 2009 ont mis en évidence une pharmacorésistance transmise modérée du VIH (71). Bien que des études supplémentaires soient nécessaires pour réaliser de façon fiable une analyse des tendances, d'autres groupes (70-73) ont observé des taux croissants de pharmacorésistance transmise du VIH. Ces enquêtes doivent être répétées pour confirmer les résultats, et d'autres études doivent être menées pour déterminer les facteurs dépendant des programmes de traitement antirétroviral qui favorisent l'émergence et la transmission de virus résistants aux médicaments. Néanmoins, l'existence de niveaux modérés de pharmacorésistance transmise du VIH dans certaines populations doit faire l'objet d'une attention particulière, et des stratégies doivent être conçues et mises en œuvre de toute urgence pour atténuer ce phénomène.

Du fait de l'expansion rapide du traitement antirétroviral, l'évaluation des programmes doit être régulière en se fondant sur les informations fournies par la surveillance de la pharmacorésistance du VIH transmise et acquise, afin de pouvoir adapter en temps opportun et de manière adéquate la politique et les pratiques de mise en œuvre. Des crédits supplémentaires et des infrastructures adéquates sont nécessaires pour appuyer la surveillance continue de la pharmacorésistance du VIH ; de même, des mesures supplémentaires doivent être prises pour continuer à améliorer la qualité des soins et du traitement des personnes vivant avec le VIH, ce qui est indispensable pour limiter au mieux l'émergence de la pharmacorésistance du VIH (74).

5.3.6 Approvisionnement en médicaments pour le traitement antirétroviral

Les ruptures de stock de médicaments restent un sujet de préoccupation dans les pays à revenu faible ou moyen. Davantage de pays ont transmis des données sur la survenue de ruptures de stock, leur nombre étant passé de 98 en 2009 à 118 en 2010. La proportion de pays ayant connu des ruptures de stock d'antirétroviraux est restée stable en 2010 par

rapport aux années précédentes. Sur les 118 pays ayant transmis des informations pour l'année 2010, 45 (38 %) ont signalé au moins un épisode de rupture de stock d'antirétroviraux dans les établissements de santé en 2010, contre 37 pays sur 98 (38 %) en 2009 et 36 pays sur 97 (37 %) en 2008. Les régions les plus durement touchées ont été la Région africaine et la Région des Amériques, où respectivement 50 % et 52 % des pays ayant transmis des données ont déclaré avoir dû faire face à des ruptures de stock d'un ou de plusieurs antirétroviraux en 2010. Les régions les moins gravement touchées ont été la Région de l'Asie du Sud-Est et la Région du Pacifique occidental, où respectivement 25 % et 23 % des pays ayant transmis des données ont déclaré avoir dû faire face à des ruptures de stock en 2010. Dans un sous-ensemble de 87 pays ayant transmis des données comparables pour 2009 et pour 2010, le nombre de pays ayant connu des ruptures de stock d'antirétroviraux a diminué de 34 (39 %) à 32 (37 %).

Un approvisionnement ininterrompu en antirétroviraux est indispensable pour protéger la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH, réduire autant que possible l'émergence de la pharmacorésistance du VIH, aider à la rétention des patients et, au bout du compte, atteindre les objectifs d'accès universel. Des mesures doivent donc être mieux coordonnées pour identifier et lever les obstacles qui peuvent entraver l'approvisionnement en médicaments et la gestion de ces derniers. Plusieurs stratégies ont été déployées à l'échelon national et mondial afin de minimiser le risque d'interruption de traitement. En Thaïlande, les responsables des achats et de l'approvisionnement ont par exemple signalé avoir emprunté des médicaments manquants dans les établissements de santé voisins ; au Mali et en Serbie, les formulations manquantes ont été remplacées par d'autres formulations appropriées. Ces expériences suggèrent que l'utilisation de formulations en doses fixes robustes, financièrement abordables et associant trois antirétroviraux peuvent permettre d'améliorer la fiabilité des systèmes d'approvisionnement, en particulier là où les ruptures de stock et les interruptions potentielles de traitement résultent principalement de l'utilisation de certaines formulations à un seul antirétroviral.

Le Coordinated Procurement Planning Initiative (Initiative pour une planification coordonnée de l'approvisionnement) favorise la coordination et le partage d'informations au niveau mondial sur l'état des stocks chez les partenaires nationaux et internationaux. Grâce à un mécanisme coordonné d'alerte et d'action, les partenaires engagés dans cette initiative peuvent indiquer d'autres sources d'approvisionnement pour parer aux situations d'urgence en cas de risque de rupture de stock. Le Emergency Commodity Fund (Fonds d'urgence pour les produits de base) du Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique en matière de lutte contre le sida a également pu aider à éviter des interruptions de traitement antirétroviral. Jusqu'en août 2011, ce fonds a pu répondre aux demandes de différents programmes proches de la rupture de stock d'antirétroviraux ou de kits de tests rapides dans 11 pays (Angola, Bénin, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Libéria, Mozambique, République centrafricaine, Soudan du Sud, Swaziland et Zimbabwe).

Encadré 5.16

Utilisation des indicateurs d'alerte précoce pour éviter les ruptures de stock au Zimbabwe

Après de vastes consultations à l'échelon national, régional et mondial, l'OMS a publié en 2011 un ensemble d'indicateurs harmonisés de surveillance et d'évaluation pour les systèmes de gestion des achats et des approvisionnements (75). Il contient 12 indicateurs clés pour surveiller la performance des systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement ; six d'entre eux sont considérés comme des indicateurs d'alerte précoce pour prévenir les ruptures de stock et les stocks excédentaires d'antirétroviraux, d'antituberculeux et d'antipaludéens. Afin d'identifier les meilleures pratiques pour soutenir la mise en œuvre de systèmes de surveillance et d'évaluation de la gestion des achats et des approvisionnements, des études pilotes ont été menées au Burkina Faso, au Burundi, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en Guinée, au Mozambique, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe.

Au Zimbabwe, après une période d'essai sur le terrain, un plan de surveillance a été adopté par le Ministry of Health and Child Welfare [MOHCW] (Ministère de la Santé et de la protection de l'enfance [MOHCW]) et les sources de données pertinentes ont été identifiées. Pour exploiter et renforcer les systèmes existants, les indicateurs de gestion des achats et des approvisionnements ont été intégrés dans les mécanismes de routine de collecte et d'analyse des données concernant le programme national de gestion des antirétroviraux.

Depuis le début du mois de janvier 2010, les résultats des indicateurs sont examinés lors de réunions mensuelles entre les différentes parties prenantes qui ont guidé la conception de stratégies pour remédier aux carences identifiées, notamment :

- mise en œuvre d'ateliers de formation spécifiques pour résoudre les problèmes de qualité des données et veiller à ce que deux gestionnaires au moins dans chaque structure soient formés à la gestion des achats et des approvisionnements ;
- prévision des niveaux de stock tampon à ajuster et des commandes à passer avant d'atteindre des niveaux critiques et des risques élevés de rupture de stock ;
- étude pilote de l'utilisation de la téléphonie mobile pour minimiser les retards dans le transfert des données de la périphérie jusqu'au MOHCW au niveau central, où ces données sont agrégées ;
- mise en place de plans pour introduire un logiciel de dispensation informatisée dans les structures les plus fréquentées pour garantir une infrastructure logistique suffisante ; et
- restructuration des entrepôts centraux par la décentralisation de l'entreposage des antirétroviraux afin d'assurer le traitement des commandes en temps opportun et de réduire les délais de livraison.

Grâce à ces actions correctives, le taux de ruptures de stock d'antirétroviraux utilisés dans les schémas thérapeutiques de première intention chez l'adulte a chuté de manière régulière, au point qu'aucune structure n'a signalé de rupture de stock pour ce type de schémas thérapeutiques entre février et décembre 2010.

La mise en place d'indicateurs de gestion des achats et des approvisionnements a permis de mettre en évidence des domaines de performances variables pour le système : domaines où le système était particulièrement performant (par exemple : 100 % des produits commandés par l'ensemble des partenaires étaient conformes aux directives nationales sur les normes en matière de traitement, et 100 % des lots de produits ont passé avec succès les tests de contrôle qualité) ; domaines où les objectifs chiffrés pourraient être plus ambitieux (par exemple l'objectif chiffré concernant le taux de perte des produits peut être ramené de 2 % à 1 %) ; domaines où les efforts devaient être continués (par exemple les antirétroviraux pédiatriques, l'utilisation des antirétroviraux, etc.). Le succès rencontré au Zimbabwe est également lié à la coordination efficace de toutes les parties prenantes et au leadership apporté par le MOHCW dans le système de gestion des achats et des approvisionnements.

Cette expérience du Zimbabwe démontre que les indicateurs de gestion des achats et des approvisionnements peuvent être mis en œuvre, contribuent à aider les gouvernements à améliorer la performance de leur système national d'approvisionnement et permettent au bout du compte que les ruptures de stock et les pertes de médicaments importants soient négligeables dans le système de santé publique. Bien que les indicateurs soient utiles pour regrouper les informations logistiques et identifier les éventuels obstacles, ils ne permettent pas en soi d'améliorer les systèmes nationaux de gestion des approvisionnements, sauf si des mesures correctives sont mises en œuvre avec la pleine participation de toutes les parties prenantes et de tous les partenaires concernés.

5.3.7 Schémas thérapeutiques d'antirétroviraux

En 2011, le « Service sida : médicaments et moyens diagnostiques » (AMDS) de l'OMS a réalisé sa cinquième enquête annuelle sur la distribution et la composition des schémas thérapeutiques d'antirétroviraux de première et de deuxième intention utilisés et sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations de l'OMS sur le traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen. Un questionnaire complet a été transmis aux ministères de la santé de 97 pays comptant le plus grand nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral en décembre 2010, couvrant l'ensemble des six régions de l'OMS (76).

5.3.7.1 Schémas d'antirétroviraux utilisés pour le traitement antirétroviral

Au total, 66 pays ont fourni des données détaillées sur les schémas thérapeutiques d'antirétroviraux utilisés par 5 811 000 personnes, soit 87 % des 6,65 millions

de personnes recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen en décembre 2010.¹

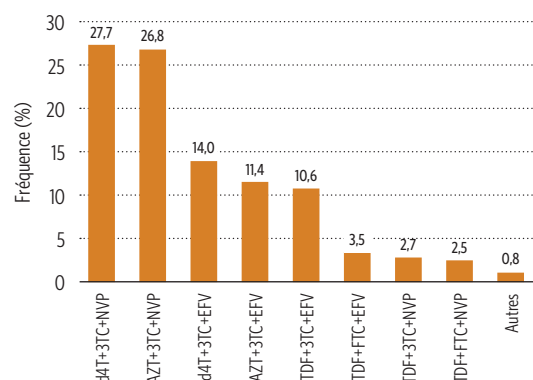
Comme dans les enquêtes précédentes, une première analyse a révélé que les caractéristiques d'utilisation des antirétroviraux étaient très différentes entre d'un côté les 21 pays de la Région des Amériques ayant transmis des données (représentant 343 100 personnes, dont 332 000 adultes et 11 100 enfants) et de l'autre les 45 autres pays à revenu faible ou moyen (représentant 5 357 020 personnes, dont 4 974 000 adultes et 383 020 enfants) qui ont répondu à l'enquête dans les cinq autres régions de l'OMS. Pour tenir compte de ces différences, les résultats des deux groupes sont présentés séparément : le groupe A comprend 45 pays à revenu faible ou moyen, et ne

1 Cinq autres pays ont répondu par des informations sur la distribution entre schémas thérapeutiques de première, de deuxième et de troisième intention, et par des informations sur leurs directives nationales, sans transmettre de données sur la composition des schémas d'antirétroviraux.

Tableau 5.12 Caractéristiques des pays ayant transmis des données, des personnes et des schémas thérapeutiques reçus dans le groupe A (45 pays à revenu faible ou moyen hors Région des Amériques) et dans le groupe B (21 pays à revenu faible ou moyen de la Région des Amériques)

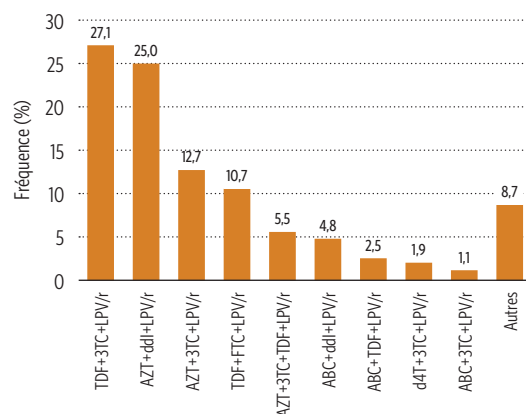
Pays participants	Groupe A	Groupe B
Nombre de pays	45	21
% du nombre total de personnes recevant un traitement antirétroviral en décembre 2010	81 % (n = 5 357 020)	5 % (n = 344 100)
Distribution régionale :		
Afrique subsaharienne	22	
Amérique latine et Caraïbes		21
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	8	
Europe et Asie centrale	3	
Afrique du Nord et Moyen-Orient	8	
Pacifique occidental	4	
Personnes et schémas thérapeutiques	Adultes 93 % (n = 4 974 000)	Adultes 97 % (n = 332 000)
Schémas thérapeutiques de première intention	97,1 % (n = 4 830 000)	69,1 % (n = 230 000)
Schémas thérapeutiques de deuxième intention	2,9 % (n = 142 000)	27,8 % (n = 92 000)
Schémas thérapeutiques de troisième intention	0,05 % (n = 2000)	3,1 % (n = 10 000)
Conformité avec les recommandations de l'OMS de 2010 (options privilégiées et alternatives) (1)	First line: 99,9 % Second line: 95,7 %	First line: 98,1 % Second line: 60,3 %
	Enfants 7 % (n = 383 020)	Enfants 3 % (n = 11 100)
Schémas thérapeutiques de première intention	96,8 % (n = 371 000)	72,1 % (n = 8000)
Schémas thérapeutiques de deuxième intention	3,2 % (n = 12 000)	24,9 % (n = 2800)
Schémas thérapeutiques de troisième intention	0,01 % (n = 20)	3,0 % (n = 300)
Conformité avec les recommandations de l'OMS de 2010 (options privilégiées et alternatives)	Première intention : 99,9 % Deuxième intention : 88,8 %	Première intention : 84,2 % Deuxième intention : 80,9 %

Figure 5.6 Composition et fréquence des schémas thérapeutiques d'antirétroviraux de première intention utilisés chez l'adulte dans le groupe A (45 pays à revenu faible ou moyen hors pays de la Région des Amériques), en décembre 2010



d4T : stavudine ; 3TC : lamivudine ; AZT : zidovudine ; NVP : névirapine ; EFV : éfavirenz ; TDF : ténofovir ; FTC : emtricitabine.

Figure 5.7 Composition et fréquence des schémas thérapeutiques d'antirétroviraux deuxième intention utilisés chez l'adulte dans le groupe A (45 pays à revenu faible ou moyen hors pays de la Région des Amériques), en décembre 2010



d4T : stavudine ; 3TC : lamivudine ; AZT : zidovudine ; NVP : névirapine ; EFV : éfavirenz ; TDF : ténofovir ; FTC : emtricitabine ; LPV/r : lopinavir potentialisé par le ritonavir ; ddl : didanosine ; ABC : abacavir.

comprend aucun pays de la Région des Amériques, et le groupe B comprend 21 pays de la Région des Amériques (tableau 5.12).

Adultes

Dans le groupe A, une vaste majorité des adultes (97 %) recevaient un schéma thérapeutique de première intention en décembre 2010. Parmi eux, 58 % recevaient un schéma thérapeutique à base de zidovudine ou de ténofovir (respectivement 39 % et 19 %), et les autres (42 %) recevaient une association d'antirétroviraux contenant de la stavudine (figure 5.6).

Dans ce groupe, seuls 3 % des adultes ($n = 142\ 000$) recevaient un schéma thérapeutique de deuxième intention, la plupart à base de ténofovir (49 %) ou de zidovudine (46 %). Le lopinavir potentialisé par le ritonavir restait l'inhibiteur de protéase prédominant, utilisé par 95 % des personnes recevant un schéma thérapeutique de deuxième intention (figure 5.7).

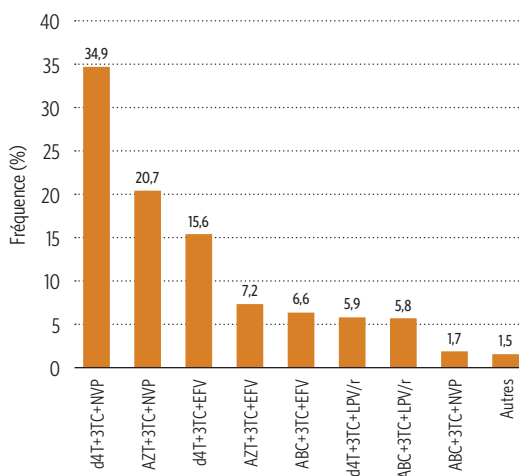
Dans le groupe B, comprenant les 21 pays de la Région des Amériques ayant transmis des données, 69 % des adultes recevaient un schéma thérapeutique de première intention, une proportion beaucoup plus faible que dans le groupe A. Parmi eux, 82 % recevaient un schéma thérapeutique à base de zidovudine. Comme dans les enquêtes précédentes, une proportion importante des adultes recevant un schéma thérapeutique de première intention utilisaient un inhibiteur de protéase (27 %), et une faible proportion seulement (4 %) recevaient de la stavudine, selon les informations transmises par les pays. Ces pays de la Région des Amériques ont signalé un taux plus élevé d'utilisation de schémas thérapeutiques de deuxième intention (28 %) chez l'adulte.

Enfants

Dans le groupe A, la plupart des enfants (97 %) recevaient en décembre 2010 un schéma thérapeutique de première intention (figure 5.8). Parmi les enfants recevant un schéma thérapeutique de première intention, 56 % recevaient de la stavudine, 29 % de la zidovudine et 15 % de l'abacavir. Le lopinavir potentialisé par le ritonavir était peu utilisé dans les schémas thérapeutiques de première intention (12 %).¹ Comme chez l'adulte, les schémas thérapeutiques contenant de la stavudine ne sont plus considérés comme des options privilégiées de traitement chez l'enfant, selon les lignes directrices de l'OMS de 2010 sur le traitement antirétroviral (1) ; pourtant, ils continuent à être utilisés dans de nombreux pays. Afin d'augmenter l'utilisation des associations d'antirétroviraux privilégiées par l'OMS, des mesures doivent être prises pour favoriser l'élaboration et l'utilisation d'associations de médicaments en doses fixes pour enfant qui soient simples à utiliser, financièrement abordables et moins toxiques. Dans le groupe B, une vaste majorité d'enfants recevaient des schémas thérapeutiques de première intention contenant de la zidovudine (88 %).

1 Dans ses lignes directrices de 2010 sur le traitement antirétroviral (1), l'OMS recommande d'utiliser du lopinavir potentialisé par le ritonavir dans les schémas thérapeutiques de première intention pour les nourrissons et les enfants de moins de 24 mois qui ont été exposés à la névirapine ou à d'autres inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse.

Figure 5.8 Schémas thérapeutiques de première intention utilisés chez l'enfant dans les programmes de traitement antirétroviral du groupe A (45 pays à revenu faible ou moyen hors pays de la Région des Amériques), en décembre 2010



d4T : stavudine ; 3TC : lamivudine ; AZT : zidovudine ; NVP : névirapine ; EFV : éfavirenz ; LPV/r : lopinavir potentialisé par le ritonavir ; ABC : abacavir.

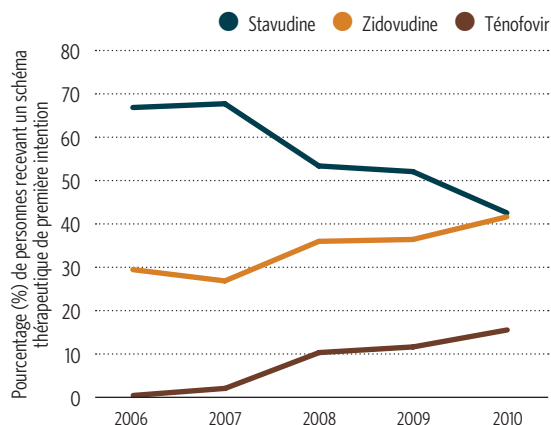
Tendances

Quinze pays du groupe A ont participé aux cinq enquêtes portant sur l'utilisation des antirétroviraux qui se sont succédés de 2006 à 2010.² Ils ont fourni des informations détaillées sur les schémas thérapeutiques utilisés par 3 100 000 personnes, ce qui représente 47 % des 6 650 000 personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen en décembre 2010. Dans ce sous-ensemble de pays, l'utilisation de la stavudine dans les schémas thérapeutiques de première intention a diminué, passant de 67 % en 2006 à 43 % en 2010, alors que l'utilisation de la zidovudine et du ténofovir dans les schémas thérapeutiques de première intention a augmenté de façon concomitante, passant respectivement de 29 % et moins de 0,1 % en 2006 à 42 % et 15 % en 2010 (figure 5.9).

Les données provenant des enquêtes menées en 2009 et 2010 montrent que la grande majorité des pays à revenu faible ou moyen ont déjà intégré (ou sont en train de le faire) dans leurs directives nationales les recommandations révisées de l'OMS sur les critères à remplir pour commencer un traitement antirétroviral et sur le choix des schémas thérapeutiques pour l'adulte et l'adolescent (1). La plupart des pays (88 sur 93) ayant transmis des données recommandent désormais de commencer un traitement antirétroviral pour toute personne dont le nombre de CD4 est inférieur à 350 cellules par mm³. Deux pays utilisent ce critère uniquement pour la mise sous traitement des femmes enceintes. Par ailleurs, presque tous les pays (77 sur 80) ayant transmis des données recommandaient fin

2 Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Éthiopie, Inde, Kenya, Lesotho, Namibie, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

Figure 5.9 Proportions de personnes recevant de la stavudine, de la zidovudine ou du ténofovir dans les schémas thérapeutiques de première intention dans 15 pays ayant transmis des données, 2006-2010



En 2010, l'abandon progressif des schémas thérapeutiques contenant de la stavudine au profit de schémas thérapeutiques contenant de la zidovudine ou du ténofovir (figure 5.10).

5.3.7.2 Avancées obtenues dans l'arrêt progressif de l'utilisation de la stavudine dans les pays à revenu faible ou moyen

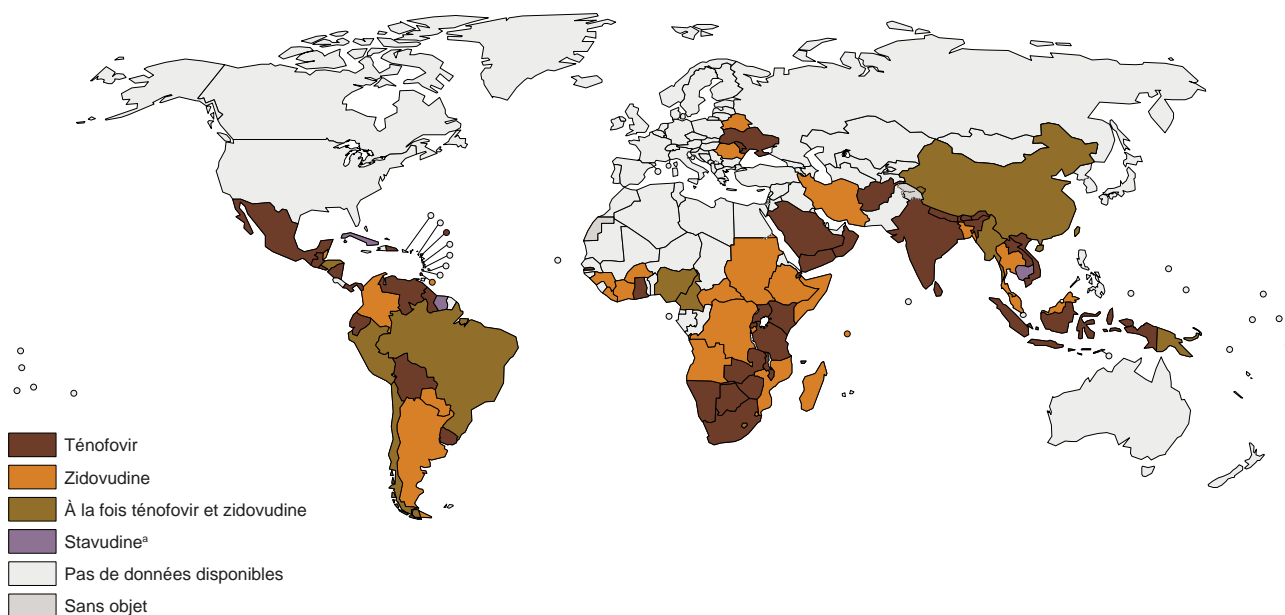
En 2010, l'OMS a publié des lignes directrices révisées sur le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent, recommandant aux pays d'arrêter progressivement d'utiliser la stavudine en raison de

sa toxicité à long terme et de ses effets secondaires. Dans les faits, les pratiques de mise en œuvre sont souvent en retard par rapport aux principes directeurs normatifs, si bien qu'une enquête qualitative a été réalisée en mars 2011 dans 24 pays à revenu faible ou moyen de la tranche inférieure représentant toutes les régions, afin de collecter des données sur les pratiques programmatiques réelles et d'identifier les nouveaux obstacles opérationnels pouvant entraver l'arrêt progressif de l'utilisation de la stavudine. Des réponses ont été reçues de 14 pays (tableau 5.13).¹

D'importants progrès ont été réalisés pour arrêter progressivement l'utilisation de la stavudine, mais ce processus ne s'est pas fait partout de façon uniforme. Dans quelques pays, la stavudine a déjà été presque entièrement remplacée par les schémas thérapeutiques appropriés, privilégiés et recommandés par l'OMS ; mais d'autres pays commencent seulement à utiliser de nouveaux schémas thérapeutiques de première intention, ou n'ont commencé que récemment à le faire. La mise en œuvre des plans d'arrêt progressif de l'utilisation de la stavudine s'est déroulée plus rapidement là où les directives nationales sur le traitement ont été mises à jour avec célérité pour tenir compte des lignes directrices de l'OMS les plus récentes, là où les prestataires de services ont été convenablement formés, où des stratégies d'arrêt progressif ont été clairement définies et où les partenaires de financement ont apporté leur soutien actif.

¹ Parmi les pays ayant répondu à l'enquête, un pays (le Cambodge) a reporté l'arrêt progressif de la stavudine en raison de contraintes financières.

Figure 5.10 Adoption dans les directives nationales sur le traitement antirétroviral de la recommandation de l'OMS de 2010 sur l'antirétroviral à privilégier dans les schémas thérapeutiques de première intention, dans les pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données, 2010-2011



^a N'est pas un antirétroviral à privilégier dans les schémas thérapeutiques de première intention selon les recommandations de l'OMS de 2010.

Tableau 5.13 État d'avancement de la mise en œuvre des plans pour arrêter progressivement l'utilisation de la stavudine dans 13 pays à revenu faible ou moyen, 2009-2011

Pays ^a	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse de substitution privilégié	Pourcentage utilisant de la stavudine (2009) ^b	Pourcentage utilisant de la stavudine (2010) ^c	Estimation du pourcentage de réduction	Date de début de mise en œuvre	Échéance prévue pour l'achèvement du plan
Afrique du sud	Ténofovir	82 % ^d	40 % ^e	↓51 %	Février 2010	Non disponible
Kenya	Ténofovir	68 %	54 %	↓21 %	Février 2010	2013-2015
Inde	Ténofovir	46 %	47 %	↑1 %	En discussion	En discussion
Zimbabwe	Ténofovir	95 %	93 %	↓2 %	Avril 2011	2013
République-Unie de Tanzanie	Zidovudine et ténofovir	72 %	63 %	↓13 %	2011	2015
Malawi	Ténofovir	95 %	93 %	↓2 %	Juillet 2011	En discussion
Ouganda	Ténofovir	18 %	2 %	↓89 %	2009	2010
Mozambique	Zidovudine	78 %	7 %	↓91 %	Mars 2010	Décembre 2010
Éthiopie	Zidovudine et ténofovir	63 %	59 %	↓6 %	Janvier 2009	2014
Cameroun		63 %	57 %	↓10 %	2010	2015
Chine	Zidovudine	48 %	43 %	↓10 %	2011	2013
Swaziland	Zidovudine	40 %	27 %	↓33 %	Janvier 2011	Juillet 2011 – En voie d'extension
Ukraine	Ténofovir	8 %	6 %	↓25 %	Août 2010	2012

a Par ordre décroissant du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral en décembre 2010.

b Proportion de personnes sous traitement antirétroviral qui reçoivent un schéma thérapeutique de première intention dans le pays en décembre 2009.

c Proportion de personnes sous traitement antirétroviral qui reçoivent un schéma thérapeutique de première intention dans le pays en décembre 2010.

d Communication personnelle, G. Meyer-Rath, Health Economics and Epidemiology Research Office, Boston University et University of the Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du sud, 2010.

e Communication personnelle, Initiative Clinton pour l'accès à la santé – Équipe d'Afrique du Sud, septembre 2011.

Encadré 5.17

Arrêt progressif de l'utilisation de la stavudine en Inde, au Kenya, au Malawi et au Mozambique

L'Inde, le Kenya, le Malawi et le Mozambique ont mis en œuvre des plans d'arrêt progressif de l'utilisation de la stavudine. Leur expérience témoigne de certains des principaux enjeux et défis auxquels sont confrontés les gestionnaires de programme.

En Inde, les précédentes directives recommandaient déjà les schémas thérapeutiques à base de zidovudine comme traitement privilégié de première intention pour les patients non anémiques (près de 55 % des patients sont déjà sous schéma thérapeutique à base de zidovudine) alors que les avis des experts nationaux divergeaient initialement quant à l'arrêt complet de l'utilisation de la stavudine. D'un côté, les données locales disponibles ne faisaient que rarement part de problèmes de toxicité liés à la stavudine et la lipodystrophie n'était pas encore une préoccupation majeure des patients. De l'autre, certains experts estimaient que, du fait de sa toxicité potentielle à long terme, la stavudine devait être progressivement éliminée des directives de traitement. Un groupe d'experts s'est réuni en 2010 pour évaluer cette question : de manière générale, le consensus a été de réduire l'utilisation de la stavudine (a) en remplaçant cet antirétroviral par le ténofovir chez les patients présentant des signes de toxicité à long terme liés à l'utilisation de la stavudine et (b) en recommandant de prescrire un schéma thérapeutique à base de stavudine aux nouveaux patients remplissant les critères pour recevoir un traitement antirétroviral et présentant initialement une anémie, puis de réévaluer l'anémie après six mois sous ce traitement. Celui-ci doit être changé pour un schéma thérapeutique à base de zidovudine en cas d'amélioration de l'anémie, ou à base de ténofovir si cette anémie persiste.

Au Kenya, l'arrêt progressif de l'utilisation de la stavudine a pris plus de temps que prévu initialement. Suite à la publication en 2010 des recommandations de l'OMS sur le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent, les directives nationales sur le traitement antirétroviral ont été rapidement révisées et une recommandation a été émise pour substituer un schéma thérapeutique à base de ténofovir au schéma thérapeutique à base de stavudine en cas de toxicité confirmée ou suspectée. Cette substitution de la stavudine ne s'est pas déroulée comme prévu en juillet 2011. Lors d'une évaluation des principaux sites de traitement antirétroviral, le National AIDS and STD Control Program [NAS COP] (Programme national de lutte contre le sida et les MST [NAS COP]) a constaté que les schémas thérapeutiques à base de stavudine n'avaient été substitués que chez 9 % des patients, alors qu'il avait été prévu de réaliser cette substitution chez 20 % à 30 % des patients chaque année. Selon les rapports nationaux, la lenteur de cette transition pour un autre traitement chez les patients adultes stables sous stavudine était associée à l'absence de cas de toxicité spécifique à cet antirétroviral. En réponse à ce phénomène, NAS COP a décidé de réviser les protocoles nationaux afin de mieux appuyer les services de consultations de traitement antirétroviral dans leur évaluation des patients sous schéma thérapeutique à base de stavudine et d'organiser un soutien sous forme de mentorat. Tous les enfants sous traitement antirétroviral pédiatrique à base de stavudine sont désormais passés sous traitement à base de zidovudine ou d'abacavir, sauf ceux plus âgés qui reçoivent des formulations pour adulte. Au Malawi, l'arrêt progressif de l'utilisation de la stavudine a été ralenti ou retardé par le manque de ressources financières. Aucune subvention supplémentaire n'ayant pu être obtenue du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le pays a dû déterminer quel sous-groupe de patients changera de traitement en priorité pour recevoir le schéma thérapeutique privilégié. Initialement, et dans l'attente d'un futur financement du Fonds mondial ou d'autres partenaires, seules les femmes enceintes, les patients présentant une co-infection avec la tuberculose, et les patients atteints de lipodystrophie recevront les schémas thérapeutiques privilégiés.

Au Mozambique, l'arrêt progressif de l'utilisation de la stavudine a commencé en juin 2010 ; six mois plus tard, 90 % des adultes et 65 % des enfants sous traitement antirétroviral recevaient déjà un schéma thérapeutique de première intention à base de zidovudine. Le choix de la zidovudine comme molécule privilégiée a été motivé par des considérations financières et logistiques, notamment par son prix inférieur à celui du ténofovir, l'existence de stocks importants de zidovudine et le fait que le personnel de santé était déjà familier avec son utilisation. Afin d'améliorer la surveillance et le diagnostic de l'anémie, l'un des principaux effets secondaires de la zidovudine, les autorités nationales vont renforcer les liens avec les sites de prévention de la transmission mère-enfant où des investissements sont en cours pour renforcer la capacité des laboratoires.

5.3.7.3 Utilisation des services de laboratoire pour le suivi du traitement antirétroviral

Soixante-six pays à revenu faible ou moyen, comptant 3 700 000 personnes sous traitement antirétroviral en décembre 2010, ont transmis des données sur la disponibilité de certains services de laboratoire. Le test de numération des CD4 pouvait être réalisé dans beaucoup plus de laboratoires que la quantification de la charge virale. Dans les pays ayant transmis des données, 2155 établissements étaient équipés pour effectuer le test de numération des CD4, alors que seulement 394 avaient les infrastructures nécessaires pour mesurer la charge virale. Douze pays ont déclaré ne disposer d'aucune structure capable de mesurer la charge virale. Au total, 3 935 000 tests de numération des CD4 et 1 175 000 mesures de la charge virale ont été réalisés en 2010.

Tableau 5.14 Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral par laboratoire capable de réaliser un test de numération des CD4 ou une mesure de la charge virale, par région géographique, en décembre 2010

Région géographique (nombre de pays participant à l'enquête = 97)	Nombre de pays ayant transmis des données	CD4	Charge virale
		Nombre moyen de personnes recevant un traitement antirétroviral par laboratoire [fourchette]	Nombre moyen de personnes recevant un traitement antirétroviral par laboratoire [fourchette]
Afrique subsaharienne	20	2287 [10-10 745]	39 539 [5 257-326 241]
Amérique latine et Caraïbes	22	1913 [61-5 843]	2773 [156-20 042]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est et Pacifique	12	897 [23-5 350]	5125 [256-55 686]
Europe et Asie centrale	4	1025 [309-1 419]	1025 [523-1 419]
Moyen-Orient et Afrique du Nord	8	150 [15-439]	183 [15-531]

D'un point de vue méthodologique, il est difficile de réaliser des analyses comparatives entre pays. En effet, il n'existe pas d'ensemble normalisé de services de laboratoire, si bien qu'on trouve un nombre variable de machines par structure, chaque machine pouvant réaliser un nombre variable de tests. Les données disponibles suggèrent cependant d'importantes disparités entre pays et entre régions en termes de disponibilité des tests de numération des CD4 et de mesure de la charge virale (tableau 5.14). En outre, les pays à revenu faible ou moyen sont encore peu nombreux à avoir la capacité d'effectuer des tests de mesure de la charge virale, ce qui pourrait s'expliquer en partie par le coût relativement élevé des équipements nécessaires pour réaliser ce test et par les frais de maintenance.

5.3.8 Prix des antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou moyen

Le Mécanisme mondial de signalement des prix de l'OMS collecte des informations sur les prix des transactions concernant les médicaments et les tests

diagnostiques de l'infection à VIH, de la tuberculose et du paludisme ; ces informations sont obtenues auprès des différents partenaires d'approvisionnement et des organismes de financement, dont le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique en matière de lutte contre le sida. Cette base de données largement représentative contient actuellement des données sur les achats d'antirétroviraux par 128 pays, dont 35 à revenu faible, 51 à revenu moyen de la tranche inférieure et 42 à revenu moyen de la tranche supérieure (77). Ce sous-chapitre présente un compte-rendu de l'évolution des prix sur la base des données accumulées jusqu'au 1er juillet 2011.

Dans les pays à revenu faible, le prix des six schémas thérapeutiques de première intention, qui sont recommandés par l'OMS et les plus fréquemment utilisés, a diminué de 2 % à 53 % entre 2009 et 2010 (figure 5.11). Une même tendance à la baisse a été observée dans les pays à revenu moyen de la tranche inférieure et les pays à revenu moyen de la tranche supérieure. Au niveau régional, les prix avaient tendance à être plus faibles en Afrique subsaharienne que dans les autres régions. Toutefois, le prix moyen payé de chaque schéma thérapeutique de deuxième intention reste relativement élevé quelle que soit la région. Les données sur les achats montrent que le nombre de solutions alternatives disponibles utilisant des génériques présélectionnés est fortement corrélé avec la baisse de prix des antirétroviraux.

5.3.8.1 Prix des schémas thérapeutiques de première intention dans les pays à revenu faible

En 2010, le prix médian payé pour les schémas thérapeutiques de première intention dans les pays à revenu faible oscillait entre 64 US\$ par personne et par an pour l'association de médicaments en doses fixes stavudine + lamivudine + névirapine¹ (association la plus largement utilisée) et 242 US\$ pour l'association de médicaments en doses fixes ténofovir + emtricitabine + éfavirenz (association la plus chère) (figure 5.11). Le prix médian pondéré des 10 schémas thérapeutiques de première intention les plus largement utilisés (représentant 99 % de ceux prescrits dans les pays à revenu faible) était de 121 US\$ par personne et par an en 2010, soit une diminution de 12 % par rapport au prix médian moyen pondéré des six schémas thérapeutiques de première intention les plus largement utilisés en 2009 (représentant 96 % de ceux prescrits dans les pays à revenu faible). Cette baisse des prix a eu lieu en dépit de l'adoption à grande échelle de schémas thérapeutiques plus coûteux à base de ténofovir.

Ces observations sont conformes aux tendances des prix observées depuis 2006 : dans les pays à revenu faible, le prix médian pondéré des antirétroviraux a diminué de 60 % entre 2006 et 2010. Cette baisse peut être imputée à l'expansion continue des programmes

¹ L'association stavudine + lamivudine + névirapine n'est pas recommandé par l'OMS, mais reste l'association de médicaments en doses fixes la plus largement utilisée selon l'enquête menée en 2010 sur l'utilisation des antirétroviraux (sous-chapitre 5.3.7).

de traitement, conduisant à une augmentation des volumes de transactions, une plus grande prévisibilité de la demande et une plus forte concurrence entre les différents fabricants.

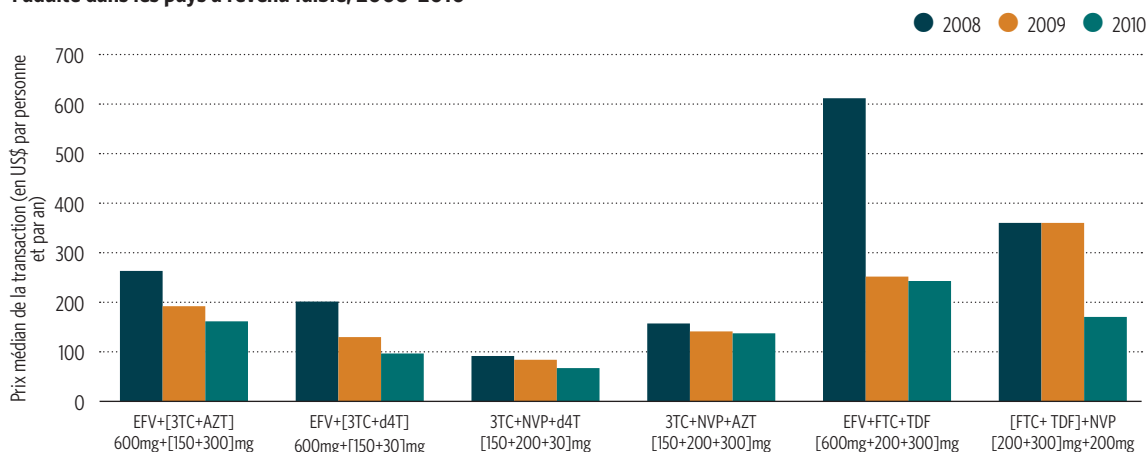
En 2010, l'association stavudine + lamivudine + névirapine était toujours la formulation la plus couramment prescrite chez l'enfant, représentant 35 % de l'ensemble des schémas thérapeutiques de première intention prescrits chez l'enfant pesant 10 kg ou plus. Son prix moyen est passé de 57 US\$ par personne et par an en 2006 à 52 US\$ en 2009 et début 2010. Le prix moyen des autres associations a également continué de baisser (figure 5.12). Ces baisses de prix peuvent être attribuées à des économies d'échelle associées à l'élargissement du marché pour les formulations pédiatriques (notamment du fait du programme UNITAID ciblant spécifiquement les enfants), aux

négociations fructueuses avec les principaux fabricants de médicaments génériques et à la mise au point de formulations d'associations de médicaments en doses fixes pour enfant.

5.3.8.2 Prix des schémas thérapeutiques de première intention dans les pays à revenu moyen de la tranche inférieure

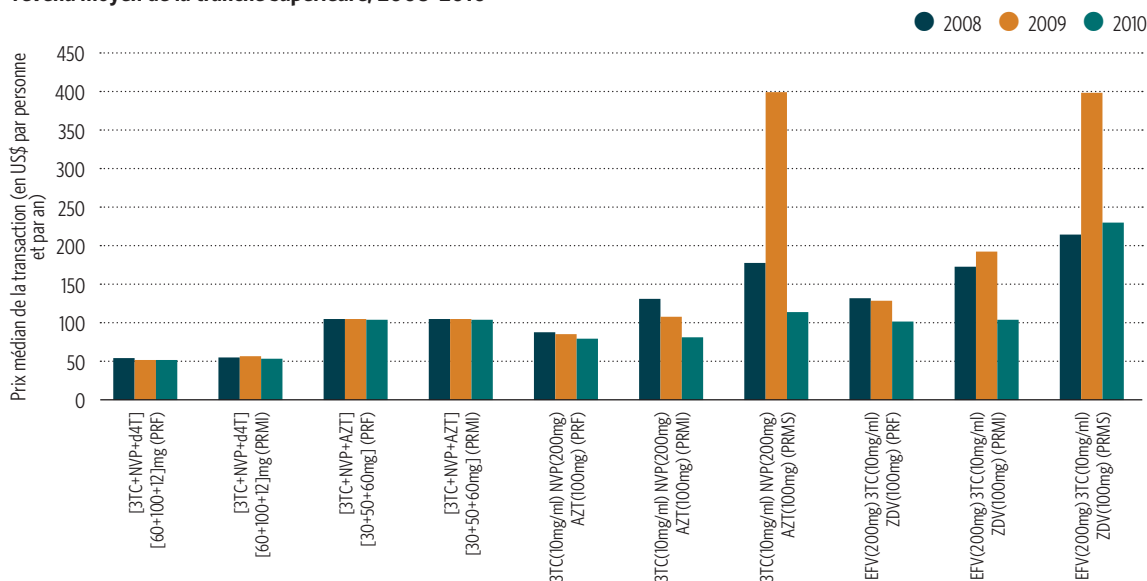
En 2010, les prix médians oscillaient entre 70 US\$ par personne et par an pour le schéma thérapeutique le moins cher (stavudine + lamivudine + névirapine) et 241 US\$ par personne et par an pour le schéma thérapeutique le plus cher (ténofovir + emtricitabine + éfavirenz). Cette même année, le prix médian pondéré des 10 associations les plus largement utilisées dans les schémas thérapeutiques de première intention était de 124 US\$ par personne et par an, soit une baisse de 12 % par rapport à l'année précédente.

Figure 5.11 Coût médian annuel (en US\$) des schémas thérapeutiques d'antirétroviraux de première intention utilisés chez l'adulte dans les pays à revenu faible, 2008-2010



d4T : stavudine ; 3TC : lamivudine ; AZT : zidovudine ; NVP : névirapine ; EFV : éfavirenz ; TDF : ténofovir ; FTC : emtricitabine.

Figure 5.12 Coût médian annuel (en US\$) des schémas thérapeutiques d'antirétroviraux de première intention utilisés chez l'enfant (pesant 10 kg ou plus) dans les pays à revenu faible, les pays à revenu moyen de la tranche inférieure et les pays à revenu moyen de la tranche supérieure, 2008-2010



d4T : stavudine ; 3TC : lamivudine ; AZT : zidovudine ; NVP : névirapine ; EFV : éfavirenz ; TDF : ténofovir ; FTC : emtricitabine.
PRF : pays à revenu faible ; PRMI : pays à revenu moyen de la tranche inférieure ; PRMS : pays à revenu moyen de la tranche supérieure.

L'association la plus couramment utilisée chez l'enfant (pesant 10 kg ou plus) était stavudine + lamivudine + névirapine. Son prix a chuté, passant de 70 US\$ par personne et par an en 2006 à 52 US\$ en 2010.

5.3.8.3 Prix des schémas thérapeutiques de première intention dans les pays à revenu moyen de la tranche supérieure

En 2010, les prix médians signalés dans les pays à revenu moyen de la tranche supérieure oscillent entre 66 US\$ par personne et par an pour le schéma thérapeutique le moins cher (stavudine + lamivudine + névirapine) et 242 US\$ par personne et par an pour le schéma thérapeutique associant ténofovir + emtricitabine + éfavirenz. Cette même année, le prix médian moyen pondéré des 10 schémas thérapeutiques de première intention les plus largement utilisés indiqués dans le Mécanisme mondial de signalement des prix était de 121 US\$ par personne et par an – soit une diminution de 40 % par rapport au prix médian enregistré en 2009.

L'utilisation croissante de médicaments génériques (en particulier de formulations contenant du ténofovir ou de la névirapine) dans les pays à revenu moyen de la tranche supérieure est en partie responsable de cette baisse rapide des prix médians : au début de l'année 2010, environ 70 % des transactions enregistrées par le Mécanisme mondial de signalement des prix concernait des antirétroviraux génériques, contre environ 30 % au cours des années précédentes. En outre, quelques pays à revenu moyen de la tranche inférieure sont devenus des pays à revenu moyen de la tranche supérieure, tout en conservant leur niveau de prix antérieur. Cependant, la baisse des prix médians observée entre 2009 et 2010 n'est pas nécessairement représentative de l'ensemble des pays à revenu moyen de la tranche supérieure, les données saisies par le Mécanisme mondial de signalement des prix n'incluant

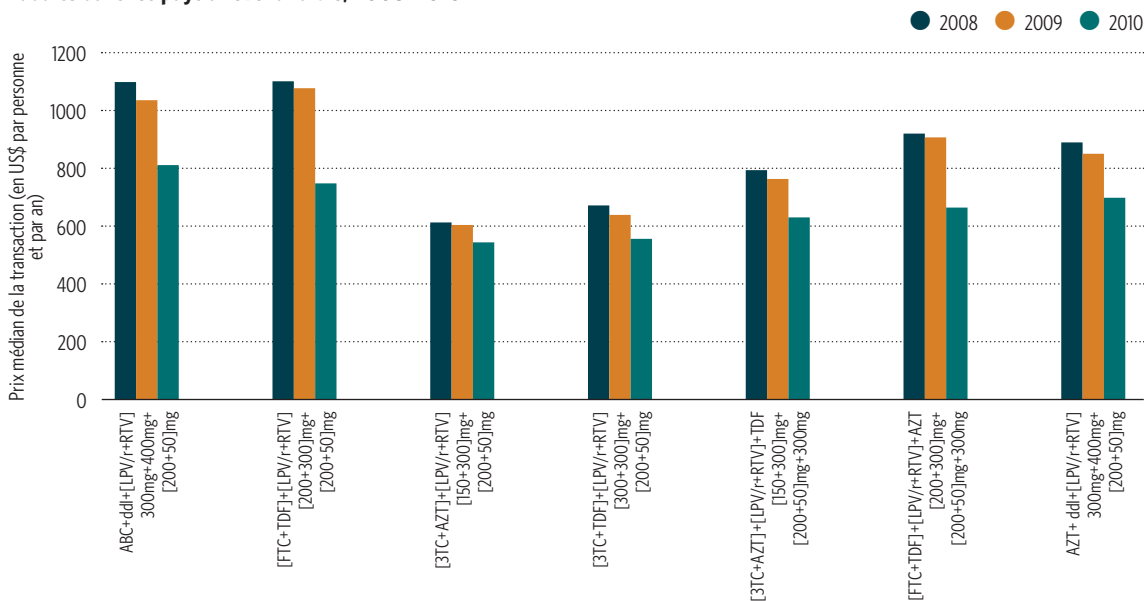
pas forcément l'intégralité des transactions en la matière. D'autres sources ont en effet relevé des augmentations de prix (78).

5.3.8.4 Prix des schémas thérapeutiques de deuxième intention dans les pays à revenu faible ou moyen

Les prix signalés pour les schémas thérapeutiques de deuxième intention ont également diminué en 2010, mais ils sont restés plus élevés que ceux des schémas thérapeutiques de première intention dans l'ensemble des pays à revenu faible (figure 5.13), des pays à revenu moyen de la tranche inférieure et des pays à revenu moyen de la tranche supérieure. En 2010, le coût médian signalé pour le schéma thérapeutique de deuxième intention le plus couramment utilisé, à savoir l'association lamivudine + ténofovir + lopinavir potentialisé par le ritonavir, était de 554 US\$ par personne et par an dans les pays à revenu faible, de 692 US\$ par personne et par an dans les pays à revenu moyen de la tranche inférieure et de 601 US\$ dans les pays à revenu moyen de la tranche supérieure. Le coût médian signalé pour l'association zidovudine + didanosine + lopinavir potentialisé par le ritonavir, le deuxième schéma thérapeutique de deuxième intention le plus couramment utilisé, était de 701 US\$ par personne et par an dans les pays à revenu faible, de 908 US\$ par personne et par an dans les pays à revenu moyen de la tranche inférieure et de 970 US\$ dans les pays à revenu moyen de la tranche supérieure, avec des variations importantes entre les pays (78).

La baisse du prix des antirétroviraux de deuxième intention entre 2006 et 2010 peut être imputée à la chute du prix de l'abacavir, du lopinavir potentialisé par le ritonavir et du ténofovir, à la présélection de versions génériques du lopinavir potentialisé par le ritonavir et du ténofovir, à l'expiration du brevet de la didanosine,

Figure 5.13 Coût médian annuel (en US\$) des schémas thérapeutiques d'antirétroviraux de deuxième intention utilisés chez l'adulte dans les pays à revenu faible, 2008-2010



d4T : stavudine ; 3TC : lamivudine ; AZT : zidovudine ; NVP : névirapine ; EFV : éfavirenz ; TDF : ténofovir ; FTC : emtricitabine ; LPV/r : lopinavir potentialisé par le ritonavir ; ddl : didanosine ; ABC : abacavir.

à l'expansion des programmes de traitement, aux nouvelles politiques tarifaires des compagnies de recherche pharmaceutiques et aux efforts produits par les principaux partenaires afin d'élargir le marché pour les schémas thérapeutiques de deuxième intention. Si tous ces progrès sont encourageants, il est cependant capital de faire baisser le coût relativement élevé des schémas thérapeutiques de deuxième intention au moment où les programmes de traitement antirétroviral parviennent à maturité et devant l'accroissement permanent du nombre de personnes ayant besoin de schémas thérapeutiques de deuxième intention.

5.4 Activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

La tuberculose liée à l'infection à VIH continue à poser un redoutable problème pour la riposte du secteur de la santé et les personnes vivant avec le VIH. Selon les estimations, environ un tiers des 34 millions de personnes vivant avec le VIH présentent une infection latente concomitante à *Mycobacterium tuberculosis*. En 2010, il y a eu 8,8 millions de cas incidents de tuberculose dans le monde, dont 1,1 million chez des personnes vivant avec le VIH, et environ 350 000 décès [320 000-390 000]. La majorité des personnes présentant à la fois une infection à VIH et une tuberculose dans le monde vivent toujours en Afrique subsaharienne : 82 % en 2010, selon les estimations. L'infection à VIH est le principal facteur de risque pour développer une tuberculose active, et, dans certains pays, jusqu'à 82 % des personnes atteintes de tuberculose sont infectées par le VIH (79).

Des activités conjointes entre les programmes de lutte contre la tuberculose et de lutte contre le VIH sont essentielles pour prévenir, diagnostiquer et traiter la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et l'infection à VIH chez les personnes atteintes de tuberculose. Il s'agit notamment d'établir des mécanismes de collaboration, tels que des organes de coordination, des activités communes de planification, de surveillance, de suivi et d'évaluation ; de réduire la charge d'infection à VIH chez les personnes atteintes de tuberculose (conseil et dépistage du VIH en individuel ou en couple, traitement préventif au cotrimoxazole, traitement antirétroviral, et prévention, soins et soutien dans le domaine du VIH) ; et de diminuer la charge de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (stratégie des « trois I » pour lutter contre le VIH et la tuberculose : dépistage intensifié des cas de tuberculose, prévention de la tuberculose par un traitement préventif à l'isoniazide et un accès précoce au traitement antirétroviral, et lutte contre l'infection tuberculeuse). Pour prévenir la transmission, la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose et à l'infection à VIH, il est important de commencer le traitement antirétroviral chez toute personne vivant avec le VIH dont le nombre de CD4 est inférieur à 350 cellules par mm³ et chez toute personne présentant une tuberculose active quel que soit le nombre de CD4. Lorsque cela est possible, l'intégration des services de lutte contre le VIH et de lutte contre la tuberculose peut contribuer dans une large mesure à faciliter l'accès

aux services des personnes vivant avec le VIH, de leur partenaire, de leur famille et de leur communauté.

5.4.1 Diminution de la charge d'infection à VIH chez les personnes atteintes de tuberculose et dans leur communauté

Fournir un conseil et un dépistage du VIH

En cas de forte prévalence de l'infection à VIH, un dépistage de cette infection à l'initiative du prestataire doit être proposé à toute personne atteinte de tuberculose et à toute personne présentant des signes et symptômes suggérant une tuberculose (80). La tuberculose représente souvent un point d'entrée précoce pour détecter et traiter l'infection à VIH. Au total, 2,1 millions de personnes atteintes de tuberculose ont bénéficié d'un dépistage du VIH en 2010, ce qui correspond à 34 % de l'ensemble des cas de tuberculose notifiés, contre 28 % en 2009 et 3 % en 2004. Parmi les personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH en 2010, 488 000 (23 %) étaient séropositives. Dans la Région africaine de l'OMS, 880 000 personnes atteintes de tuberculose (59 %) ont bénéficié d'un dépistage du VIH, et 405 000 (46 %) étaient séropositives.

Étendre le traitement préventif au cotrimoxazole

Toute personne présentant à la fois une infection à VIH et une tuberculose doit recevoir un traitement préventif au cotrimoxazole pendant le traitement de sa tuberculose ; ce traitement préventif doit être continué à vie, sauf en cas de contre-indication ou si le nombre de CD4 de cette personne passe au-dessus de 500 cellules par mm³ alors qu'elle est sous traitement antirétroviral. Pour en tirer le maximum de bénéfices, le traitement préventif au cotrimoxazole doit être commencé dès que possible après le diagnostic de l'infection à VIH chez une personne atteinte de tuberculose, la mortalité étant particulièrement élevée en début de traitement antituberculeux. En dépit de certaines avancées, un peu plus de 300 000 personnes présentant à la fois une infection à VIH et une tuberculose recevaient un traitement préventif au cotrimoxazole à la fin de l'année 2010, ce qui représentait 77 % de l'ensemble des personnes atteintes de tuberculose chez qui une infection à VIH a été diagnostiquée. En Afrique subsaharienne, 76 % des personnes identifiées comme vivant avec le VIH et la tuberculose recevaient ce traitement préventif.

Étendre le traitement antirétroviral et assurer les soins, le traitement et le soutien dans le domaine du VIH

L'OMS recommande d'envisager de commencer le plus tôt possible un traitement antirétroviral chez toute personne vivant avec le VIH atteinte de tuberculose, quel que soit le stade immunitaire et au plus tard huit semaines après le début du traitement antituberculeux. Chez les personnes présentant une immunosuppression sévère (nombre de CD4 inférieur à 50 cellules par mm³), le traitement antirétroviral doit être commencé en urgence dans les deux premières semaines suivant le début du traitement antituberculeux.

L'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral pour les personnes présentant à la fois une tuberculose et une infection à VIH reste cependant extrêmement difficile. D'après les données transmises par 101 pays, l'accès au traitement antirétroviral pour les personnes chez qui a été diagnostiquée une tuberculose a légèrement augmenté dans le monde, passant de 173 000 personnes en décembre 2009 à plus de 200 000 personnes à la fin de l'année 2010 (47). En 2005, 69 pays avaient signalé que 67 000 personnes chez qui avait été diagnostiquée une tuberculose recevaient un traitement antirétroviral.

En 2010, 20 % du nombre total de personnes qui, selon les estimations, étaient atteintes de tuberculose et infectées par le VIH – soit 46 % des personnes atteintes de tuberculose qui ont été testées séropositives au VIH – recevaient un traitement antirétroviral. En Afrique, les rapports ont signalé que 42 % (158 000) des personnes présentant, selon les estimations, à la fois une tuberculose et une infection à VIH recevaient un traitement antirétroviral. Ces chiffres sont inférieurs à la couverture du traitement antirétroviral pour l'ensemble des personnes vivant avec le VIH qui remplissent les critères pour recevoir ce traitement dans les pays à revenu faible ou moyen, couverture qui est estimée à 47 %. Puisque les données montrent un accès croissant des personnes atteintes de tuberculose au dépistage du VIH ainsi qu'une meilleure articulation entre les services de lutte contre la tuberculose et les services de lutte contre le VIH, cet écart peut s'expliquer par l'insuffisance de qualité des données transmises par les infrastructures fournissant les services liés au VIH sur l'accès aux soins des personnes présentant à la fois une tuberculose et une infection à VIH. Toutefois, cet écart peut aussi être révélateur d'un accès insuffisant des personnes atteintes de tuberculose au traitement antirétroviral susceptible de leur sauver la vie.

En plus d'améliorer considérablement la qualité de vie, de réduire la morbidité et d'améliorer la survie des personnes présentant une infection à VIH à un stade avancé, le traitement antirétroviral réduit aussi la transmission du VIH et l'incidence de la tuberculose (81,82). Des données attestent aussi de la manière dont la couverture du traitement antirétroviral influence l'incidence de la tuberculose au niveau de la communauté et de la population (83). Au Malawi, l'extension de la couverture du traitement antirétroviral dans une communauté rurale a par exemple été associée à une diminution de 33 % de l'incidence de la tuberculose (84). L'accès précoce au traitement antirétroviral doit s'inscrire dans un ensemble d'activités de prévention de la tuberculose qui comprend également la stratégie des « trois I » pour lutter contre le VIH et la tuberculose (sous-chapitre 5.4.2).

5.4.2 Diminution de la charge de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

Pour diminuer la charge de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, l'OMS recommande la mise en place de la stratégie des « trois I » pour lutter contre le VIH et la tuberculose : dépistage intensifié des cas de tuberculose, traitement préventif à l'isoniazide et lutte contre l'infection tuberculeuse.

De nouvelles avancées ont été obtenues en 2010 pour étendre davantage la disponibilité de ces interventions dans les pays à revenu faible ou moyen. En décembre 2010, parmi les 119 pays ayant transmis des données, 69 (58 %) ont indiqué que le traitement préventif à l'isoniazide faisait partie de l'ensemble des interventions qu'ils proposaient aux personnes vivant avec le VIH, contre 48 (ou 43 %) des 112 pays ayant transmis des données en 2009. Quarante-vingt-dix pour cent des pays (113 sur 125) ont déclaré disposer de politiques visant à promouvoir l'intensification du dépistage des cas, contre 60 % en 2009 ; et 78 % des pays (98 sur 126) disposaient d'une politique de lutte contre l'infection tuberculeuse, contre 51 % en 2009.

5.4.2.1 Mettre en œuvre le dépistage intensifié des cas de tuberculose

L'intensification du dépistage et du traitement des cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH interrompt la transmission de cette infection, réduit la mortalité, diminue le risque de transmission nosocomiale (acquisition à l'hôpital) de la tuberculose et permet de fournir un traitement préventif à l'isoniazide aux personnes vivant avec le VIH quand une tuberculose active est peu probable. En 2010, 72 pays à revenu faible ou moyen ont transmis des données sur le dépistage de la tuberculose lors de la dernière visite de prise en charge de l'infection à VIH. Selon ces données, 2,3 millions d'adultes et d'enfants ont bénéficié d'un dépistage de la tuberculose lors de leur dernière visite.¹ Dans le sous-ensemble de 69 pays ayant également transmis des données sur le nombre d'adultes et d'enfants inscrits pour recevoir des soins de leur infection à VIH, la couverture pour l'année 2010 a été estimée à 58 % des personnes inscrites.

5.4.2.2 Fournir un accès au traitement préventif à l'isoniazide

L'OMS recommande que les programmes nationaux de lutte contre le VIH fournissent un traitement préventif à l'isoniazide dans le cadre de l'ensemble des soins proposés aux personnes vivant avec le VIH une fois exclue l'existence d'une tuberculose active (85,86). En 2010, bien que cette recommandation soit plus largement adoptée au niveau politique, seuls environ 180 000 adultes et enfants recevaient un traitement préventif à l'isoniazide dans 54 pays. Dans un sous-ensemble de 50 pays ayant également transmis le nombre total d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits en 2010 pour recevoir des soins de leur infection à VIH, la couverture du traitement préventif à l'isoniazide était de 12 %.

5.4.2.3 Assurer la lutte contre l'infection tuberculeuse dans les établissements de santé et les structures collectives

L'infection à VIH est le principal facteur de risque pour le développement d'une tuberculose, et les personnes vivant avec le VIH sont particulièrement vulnérables au risque de transmission nosocomiale de la tuberculose. Avec l'expansion des soins et du traitement de l'infection à VIH, les personnes vivant avec cette infection, leur partenaire et leur famille ont

¹ Ce chiffre n'a pas été corrigé pour tenir compte des possibles doubles dépistages.

de plus en plus largement accès aux soins dans des établissements de santé. La tuberculose multirésistante et la tuberculose ultrarésistante ont été reconnues spécifiquement comme risques émergents dans ce type de situation. Afin de réduire la transmission de la tuberculose, il est essentiel que les établissements de santé et les structures collectives disposent d'un plan de contrôle de l'infection et de protection au niveau administratif, environnemental et personnel, et mettent en œuvre des mesures à cet effet. Bien que le chiffre soit extrêmement difficile à déterminer avec précision, 77 pays à revenu faible ou moyen ont transmis des données montrant que 15 232 établissements de santé (nombre cumulé) offrant des services de traitement antirétroviral avaient mis en place preuve à l'appui des pratiques de lutte contre la tuberculose, ce qui représente 76 % du nombre d'établissements offrant un traitement antirétroviral dans ces pays.

5.5 Prophylaxie au cotrimoxazole

Le traitement préventif au cotrimoxazole est une intervention simple, peu coûteuse et très efficace, qui permet de réduire d'environ 50 % la mortalité chez les personnes recevant un traitement antirétroviral et d'améliorer la rétention des personnes vivant avec le VIH tout au long du processus de continuum de soins de l'infection à VIH. Selon les recommandations actuelles de l'OMS, tout adulte et tout adolescent vivant avec le VIH et présentant une maladie symptomatique, et toute personne vivant avec le VIH, asymptomatique et dont le nombre de CD4 est inférieur à 350 cellules par mm³, doivent commencer un traitement préventif au cotrimoxazole (87). En outre, tout nourrisson exposé au VIH né de mère vivant avec cette infection doit également recevoir un traitement préventif au cotrimoxazole à partir de l'âge de 4 à 6 semaines, et le continuer jusqu'à ce que la possibilité d'une infection à

VIH soit éliminée (88). L'expansion de la disponibilité et de l'utilisation du traitement préventif au cotrimoxazole est donc un élément essentiel pour améliorer encore les résultats du traitement et la survie des personnes vivant avec le VIH. Parmi les 126 pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données, 86 % ont indiqué disposer de directives nationales sur la fourniture de cotrimoxazole aux personnes vivant avec le VIH.

Quatre-vingt-douze pays à revenu faible ou moyen ont transmis des données sur l'accès au traitement préventif au cotrimoxazole en 2010 (39 pays d'Afrique subsaharienne, 21 d'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, 12 d'Europe et d'Asie centrale, 11 d'Amérique latine et des Caraïbes et 9 d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient). Dans ces pays, 3,3 millions de personnes recevaient un traitement préventif au cotrimoxazole en 2010.

Parmi ces pays ayant transmis des données sur l'accès au traitement préventif au cotrimoxazole, un sous-ensemble de 82 pays ont également transmis des données sur l'estimation des besoins en cotrimoxazole, définis comme le nombre de personnes suivies dans les services de soins de l'infection à VIH qui remplissent les critères pour recevoir un traitement préventif au cotrimoxazole. Dans ce sous-groupe de pays, 71 % des personnes remplissant ces critères recevaient dans les faits un traitement préventif au cotrimoxazole (2,93 millions).¹

¹ Les échantillons de données ayant permis le calcul de ces chiffres ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble de la cohorte de personnes inscrites dans les services de soins de l'infection à VIH, ce qui limite l'interprétation des résultats des taux de couverture. Des systèmes valides de surveillance doivent être mis en place pour faire le suivi des avancées obtenues et des difficultés rencontrées pour fournir l'ensemble des services de soins de l'infection à VIH et pour obtenir des estimations plus précises des taux de couverture et d'attrition, notamment pendant la période précédant la mise sous traitement antirétroviral.

Références

1. OMS. *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent : recommandations pour une approche de santé publique - mise à jour 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/fr/index.html>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
2. Mascolini M. Half HIV+ in France still coming to care late – with high death risk. *13^{ème} conférence européenne sur le sida, Belgrade, Serbie, 12-15 octobre 2011* (http://www.natap.org/2011/EACS/EACS_07.htm, consulté en ligne le 2 mars 2012).
3. Assemblée générale des Nations Unies. *Déclaration politique sur le VIH/sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida*. New York, Nations Unies, 2011.
4. OMS et ONUSIDA. *The Treatment 2.0 framework for action: catalysing the next phase of treatment, care and support*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/treatment/en/index.html>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
5. OMS. *Short-term priorities for antiretroviral drug optimization: meeting report, London, United Kingdom, 18-19 April 2011*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501941_eng.pdf, consulté en ligne le 2 mars 2012).
6. van Deursen P et al. Measuring human immunodeficiency virus type 1 RNA loads in dried blood spot specimens using NucliSENS EasyQ HIV-1 v2.0. *Journal of Clinical Virology*, 2010, 47:120-125.
7. Jani I et al. Point-of-care CD4 improves patient retention and time-to-initiation of ART in Mozambique. *18^{ème} Conférence de l'International AIDS Society, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé FRLBE101 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=12&abstractId=200741354>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
8. Jani I et al. Accurate CD4 T-cell enumeration and antiretroviral drug toxicity monitoring in primary health care clinics using point-of-care testing. *AIDS*, 2011, 25:807-812.
9. Cepheid and FIND announce collaboration to develop HIV viral load test. Genève, Fondation pour des outils diagnostiques nouveaux et novateurs, 2011 (<http://www.finddiagnostics.org/media/press/110203.html>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
10. Rosen S, Fox MP. Retention in HIV care between testing and treatment in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001056.
11. OMS. *Adapting WHO normative HIV guidelines for national programmes: essential principles and processes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/who_normative/en/index.html, consulté en ligne le 2 mars 2012).
12. Schwartländer B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011, 377: 2031-2041.
13. ONUSIDA, OMS et PNUD. *Using TRIPS flexibilities to improve access to HIV treatment: policy brief*. Genève, ONUSIDA, 2010 (http://content.undp.org/go/cms-service/stream/asset/?asset_id=3259436, consulté en ligne le 2 mars 2012).
14. Long L et al. Treatment outcomes and cost-effectiveness of shifting management of stable ART patients to nurses in South Africa: an observational cohort. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001055.
15. Hardon AP et al. Hunger, waiting time and transport costs: time to confront challenges to ART adherence in Africa. *AIDS Care*, 2007, 19:658-665.
16. Ware NC et al. Explaining adherence success in sub-Saharan Africa: an ethnographic study. *PLoS Medicine*, 2009, 6:e11.
17. Jaffar S et al. Rates of virological failure in patients treated in a home-based versus a facility-based HIV-care model in Jinja, southeast Uganda: a cluster-randomised equivalence trial. *Lancet*, 2009, 374:2080-2089.
18. Motsoaledi A. *Massive reduction in ARV prices*. Pretoria, Government of South Africa, 2010 (<http://www.info.gov.za/speech/DynamicAction?pageid=461&sid=15423&tid=26211>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
19. *South Africa: new ARV tender halves drug prices*. Nairobi, IRIN, Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires des Nations Unies, 2010 (<http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportID=91406>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
20. Boyer et al. Scaling up access to antiretroviral therapy for HIV infection: the impact of decentralization of healthcare delivery in Cameroon. *AIDS*, 2010, 24(Suppl. 1):S5-S15.

21. Bemelmans M et al. Providing universal access to antiretroviral therapy in Thyolo, Malawi through task shifting and decentralization of HIV/AIDS care. *Tropical Medicine and International Health*, 2010, 15:1413-1420.
22. Shumbusho F et al. Task shifting for scale-up of HIV care: evaluation of nurse-centered antiretroviral therapy at rural health centers in Rwanda. *PLoS Medicine*, 2009, 6:e1000163.
23. Morris MB et al. Use of task-shifting to rapidly scale-up HIV treatment services: experiences from Lusaka, Zambia. *BioMed Central Health Services Research*, 2009, 9(5).
24. Torpey K et al. Increasing the uptake of prevention of mother-to child transmission of HIV services in a resource-limited setting. *BioMed Central Health Services Research*, 2010, 10(29).
25. Killam WP et al. Antiretroviral therapy in antenatal care to increase treatment initiation in HIV-infected pregnant women: a stepped-wedge evaluation. *AIDS*, 2010, 24:85-91.
26. ONUSIDA. *Chronic care of HIV and noncommunicable diseases - how to leverage the HIV experience*. Genève, ONUSIDA, 2011 (<http://www.unaids.org/en/resources/publications/unaidspublications/2011/>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
27. Shigayeva A et al. Health systems, communicable diseases and integration. *Health Policy and Planning*, 2010, 25:i4-i20.
28. OMS. *Integrated health systems: what and why?* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf, consulté en ligne le 2 mars 2012).
29. Chan AK et al. Outcome assessment of decentralization of antiretroviral therapy provision in a rural district of Malawi using an integrated primary care model. *Tropical Medicine and International Health*, 2010, 15(Suppl. 1):90-97.
30. Brinkhof M et al. Early loss of HIV-infected patients on potent antiretroviral therapy programmes in lower-income countries. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2008, 86:559-567.
31. Searle CM et al. Patient outcomes in a programme to decentralise antiretroviral treatment to primary health care facilities in a high prevalence setting in KwaZulu-Natal, South Africa. *18^{ème} Conférence de l'International AIDS Society, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010* (Résumé THPE0790 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pagel=12&abstractId=200737679>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
32. Decroo et al. Lessons learned during down referral of antiretroviral treatment in Tete, Mozambique. *Journal of the International AIDS Society*, 2009, 12:6.
33. Sanne I et al. Nurse versus doctor management of HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy (CIPRA-SA): a randomised non-inferiority trial. *Lancet*, 2010, 376:33-40.
34. Callaghan M, Ford N, Schneider H. A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. *Human Resources for Health*, 2010, 8:8.
35. OMS. *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting_globalrecommendations/en/index.html, consulté en ligne le 2 mars 2012).
36. Bemelmans M et al. Providing universal access to antiretroviral therapy in Thyolo, Malawi through task-shifting and decentralization of HIV/AIDS care. *Tropical Medicine and International Health*, 2010, 15:141.
37. Massaquoi M et al. Achieving universal access to antiretroviral therapy in a rural district in Malawi: how was it done? *17^{ème} Conférence de l'International AIDS Society, Mexico, Mexique, 3-8 août 2008* (Résumé TUAB0303 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pagel=12&abstractId=200720716>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
38. Boyer S et al. Performance of HIV care decentralization from the patient's perspective: health-related quality of life and perceived quality of services in Cameroon. *Health Policy and Planning*, 2011, publication en ligne avant impression.
39. Humphreys CP et al. Nurse led, primary care based antiretroviral treatment versus hospital care: a controlled prospective study in Swaziland. *BioMed Central Health Services Research*, 2010, 10:229.
40. Fatti G, Grimwood A, Bock P. Better antiretroviral therapy outcomes at primary healthcare facilities: an evaluation of three tiers of ART Services in four South African provinces. *PLoS ONE*, 2010, 5:e12888.
41. Walsh N, Gibbie TM, Higgs P. The development of peer educator-based harm reduction programmes in northern Vietnam. *Drug and Alcohol Reviews*, 2008, 27:200-203.

42. USAID's Implementing AIDS Prevention and Care (IMPACT) Project. *Final report for the IMPACT Project in Vietnam*. Arlington, VA., Family Health International, 2007.
43. Decroo T et al. Distribution of antiretroviral treatment through self-forming groups of patients in Tete Province, Mozambique. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 56:e39-e44.
44. Crabtree-Ramírez B et al. Cross-sectional analysis of late HAART initiation in Latin America and the Caribbean: late testers and late presenters. *PLoS ONE*, 2011, 6:e20272.
45. Fonds mondial. *Grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial, 3 millions de personnes bénéficient d'un traitement contre le sida*. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2010 (http://www.theglobalfund.org/fr/mediacenter/pressreleases/Global_Fund-supported_programs_deliver_AIDS_treatment_for_3_million_people/, consulté en ligne le 2 mars 2012).
46. PEPFAR. *Treatment: people receiving treatment with U.S. Government bilateral and multilateral support as of September 2010*. Washington, D.C., Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique en matière de lutte contre le sida, 2010, (<http://www.pepfar.gov/press/seventhannualreport/166587.htm>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
47. OMS, UNICEF et ONUSIDA. *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé: 2010 rapport de situation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/fr/index.html>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
48. World population prospects: the 2010 revision [base de données en ligne]. New York, Division de la Population des Nations Unies, 2010 (<http://esa.un.org/unpd/wpp/>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
49. Mwumvaneza M et al. *HIV and AIDS in Rwanda: 2010 epidemiological update*. Kigali, Commission Nationale de Lutte contre le sida, 2010.
50. Banque mondiale. *Data by country: Rwanda*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2011 (<http://data.worldbank.org/country/rwanda>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
51. Banque mondiale. *Data by country: Cambodia*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2011 (<http://data.worldbank.org/country/cambodia>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
52. Tassie JM et al. Trends in retention on antiretroviral therapy in national programs in low-income and middle-income countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 54:437-441.
53. Tassie JM, Chamla D, Souteyrand Y. Retention on antiretroviral therapy in national programs in low-income and middle-income countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 56:e102-e103.
54. Mahy M et al. Estimation of anti-retroviral therapy coverage: methodology and trends. *Current Opinion in HIV/AIDS*, 2010, 5:97-102.
55. Lawn SD et al. Early mortality among adults accessing antiretroviral treatment programmes in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 2008, 22:1897-1908.
56. Nglazi MD et al. Changes in programmatic outcomes during 7 years of scale-up at a community-based antiretroviral treatment service in South Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 56:e1-e8.
57. Cornell M et al. Temporal changes in programme outcomes among adult patients initiating antiretroviral therapy across South Africa, 2002-2007. *AIDS*, 2010, 24:2263-2270.
58. Tassie JM et al. Evaluation of three sampling methods to monitor outcomes of antiretroviral treatment programmes in low- and middle-income countries. *PLoS ONE*, 2010, 5:e13899.
59. Pharmacorésistance du VIH [site web]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (<http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/fr/index.html>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
60. Bertagnolio S et al. Surveillance of transmitted and acquired HIV drug resistance using WHO surveys in resource-limited settings. *18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA., 27 février - 2 mars 2011* (Résumé 52 ; <http://www.retroconference.org/2011/Abstracts/41940.htm>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
61. Bennett DE et al. The World Health Organization's global strategy for prevention and assessment of HIV drug resistance. *Antiviral Therapy*, 2008, 13(Suppl. 2):1-13.

62. OMS. *HIV drug resistance early warning indicators. World health Organization indicators to monitor HIV drug resistance prevention at antiretroviral treatment sites. June 2010 update.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/hiv_dr_early_warning_indicators.pdf, consulté en ligne le 2 mars 2012).
63. Ye M et al. Monitoring HIVDR using early warning indicators in China: results from a pilot survey conducted in 2008. *Clinical Infectious Diseases*, sous presse.
64. Jack N et al. Implementing HIV drug resistance early warning indicators in the Caribbean. *Clinical Infectious Diseases*, sous presse.
65. Daoni E et al. Experience in piloting HIV early warning indicators to improve the antiretroviral program in Papua New Guinea. *Clinical Infectious Diseases*, sous presse.
66. Hong SY et al. Population-based monitoring of HIV drug resistance in Namibia with early warning indicators. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 55:27-31.
67. Jordan MR et al. World Health Organization surveys to monitor HIV drug resistance prevention and associated factors in sentinel antiretroviral therapy sites. *Antiviral Therapy*, 2008, 13(Suppl. 2):15-23.
68. Jordan MR, Parkin N, Bertagnolio S. Surveillance of transmitted and acquired HIV drug resistance using World Health Organization survey methods in resource limited settings. *Antiviral Therapy*, 2011, 16(Suppl. 1):A41.
69. Bennett DE et al. Recommendations for surveillance of transmitted HIV drug resistance in countries scaling up antiretroviral treatment. *Antiviral Therapy*, 2008, 13(Suppl. 2):25-36.
70. Ndembu N et al. Increasing primary HIV-1 drug resistance among recently infected persons in Uganda, East Africa. *18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA., 27 février - 2 mars 2011* (Résumé 621 ; <http://www.retroconference.org/2011/Abstracts/40687.htm>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
71. Hamers R et al. HIV-1 drug resistance in ARV-naïve individuals in sub-Saharan Africa is associated with time since scale-up of ART. *18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA., 27 février - 2 mars 2011* (Résumé 622 ; <http://www.retroconference.org/2011/Abstracts/42581.htm>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
72. Avila-Rios S et al. National prevalence and trends of HIV transmitted drug resistance in Mexico. *18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA., 27 février - 2 mars 2011* (Résumé 623 ; <http://www.retroconference.org/2011/Abstracts/41167.htm>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
73. Gupta RK et al. Prevalence of drug resistance in untreated HIV-1 infected individuals in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Antiviral Therapy*, 2011, 16(Suppl. 1):A40.
74. Jordan MR. Assessment of HIV drug resistance mutations in resource-limited settings. *Clinical Infectious Diseases*, 2011, 52:1058-1060.
75. OMS. Indicateurs harmonisés pour le suivi et l'évaluation des systèmes de gestion des achats et des stocks : indicateurs d'alerte précoce pour prévenir les ruptures de stock et les surstockages des médicaments antirétroviraux, antituberculeux et antipaludiques. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242500813_fre.pdf, consulté en ligne le 2 mars 2012).
76. AIDS medicines and diagnostics service [site web]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (<http://www.who.int/hiv/amds/en>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
77. Banque mondiale. Data: country and lending groups [base de données en ligne]. Washington, D.C., Banque mondiale, 2011 (<http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
78. *Untangling the web of antiretroviral price reductions.* 14^{ème} éd. Genève, Médecins Sans Frontières, 2011 (<http://utw.msfaaccess.org/downloads/331>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
79. OMS. *Global tuberculosis control 2011.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en, consulté en ligne le 2 mars 2012).
80. OMS et ONUSIDA. *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/fr/index.html>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
81. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365:493-505.

82. Williams BG et al. Antiretroviral therapy for tuberculosis control in nine African countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2010, 107:19485–19489.
83. Middelkoop K et al. Antiretroviral therapy and TB notification rates in a high HIV prevalence South African community. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 56:263–269.
84. Zachariah R et al. Reduced tuberculosis case notification associated with scaling up antiretroviral treatment in rural Malawi. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2011, 15:933–937.
85. OMS. *Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/hiv/pub/plhiv/interventions/en/index.html>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
86. OMS. *Directives pour l'intensification du dépistage de la tuberculose et l'administration du traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH dans un contexte de ressources limitées*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (<http://www.who.int/hiv/pub/tb/9789241500708/fr/index.html>, consulté en ligne le 2 mars 2012).
87. OMS. *Directives sur la prophylaxie par le cotrimoxazole contre les infections liées au VIH chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : recommandations pour une approche de santé publique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242594706_fre.pdf, consulté en ligne le 2 mars 2012).
88. Walker AS et al. Daily co-trimoxazole prophylaxis in severely immunosuppressed HIV-infected adults in Africa started on combination antiretroviral therapy: an observational analysis of the DART cohort. *Lancet*, 2010, 375:1278–1286.

Étendre les services à l'intention des populations clés les plus exposées à l'infection à VIH

Prévention

La couverture des programmes de réduction des risques destinés aux consommateurs de drogues par voie intraveineuse est restée modeste en 2010. Sur 107 pays rapportant des données, 42 disposaient de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et 37 proposaient une thérapie de substitution aux opiacés.

Dans le sous-ensemble de 30 pays ayant transmis des données sur les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, le nombre médian annuel de seringues distribuées à chaque usager de drogues était de 50,7 ce qui reste très en deçà de la recommandation internationale de 200 seringues par consommateur de drogues, par an. Trois pays à revenu faible ou intermédiaire – le Bangladesh, l'Inde et la Slovaquie – ont fourni 200 seringues ou plus par usager de drogue et par an, et trois autres – le Kazakhstan, le Tadjikistan et le Viet Nam – ont distribué de 100 à 200 seringues à chaque usager de drogue, par an.

Sur les 32 pays ayant transmis des données, moins de 2,5 % des consommateurs de drogues par injection ont reçu un traitement de substitution aux opiacés.

Au total, 113 pays à revenu faible ou intermédiaire ont transmis des informations sur l'existence de programmes s'adressant aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Les interventions les plus couramment notifiées étaient le dépistage du VIH et le conseil, suivis de la thérapie antirétrovirale et la prise en charge. Au plan régional, la disponibilité d'interventions ciblant les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes était supérieure en Amérique latine et dans les Caraïbes, en Europe et en Asie centrale, ainsi qu'en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est.

Au total, 113 pays à revenu faible ou intermédiaire ont transmis des informations sur l'existence de programmes et de politiques s'adressant aux

travailleurs du sexe. L'intervention la plus courante était le dépistage du VIH et le conseil, suivis de la thérapie antirétrovirale et de la prise en charge. Au plan régional, leur disponibilité était généralement très grande en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, et nettement plus limitée en Afrique du Nord et au Proche-Orient.

Dépistage et conseil

Les pourcentages notifiés parmi les populations clés, plus exposées au risque d'infection à VIH et ayant bénéficié de dépistage et de conseil au cours des 12 derniers mois, restent faibles : le pourcentage médian de personnes bénéficiant du dépistage du VIH et conseil était de 49 % chez les travailleurs du sexe, 32 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et 23 % chez les personnes consommant des drogues par injection.

Dans le sous-ensemble des pays ayant rapporté les résultats d'enquêtes multiples menées entre 2006-2008 et 2009-2010, le nombre médian de dépistage et conseil est passé de 39 % en 2006-2008 à 52 % en 2009-2010 chez les travailleurs du sexe, de 30 % à 35 % chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes ; et de 23 % à 25 % chez les consommateurs de drogues par injection.

Traitement et prise en charge

On dispose de peu de données désagrégées sur l'accès à la thérapie antirétrovirale des usagers de drogue, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et des travailleurs du sexe. En Europe et en Asie centrale, les données disponibles font état d'une inégalité d'accès constante pour les usagers de drogue. En 2010, si les personnes consommant des drogues par injection représentaient 62 % du nombre cumulé de cas de VIH notifiés dont le mode de transmission est connu, elles ne représentaient que 22 % de ceux qui bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale.

6.1 Vue d'ensemble

Ce chapitre décrit les progrès réalisés pour élargir l'accès à un certain nombre d'interventions du secteur de la santé pour la prévention de l'infection à VIH et pour en étendre la couverture, au profit des consommateurs de drogues par injection, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et des professionnel(le)s du sexe. Ces populations spécifiques continuent d'être touchées de façon disproportionnée par l'infection à VIH non seulement dans les pays à épidémie faible ou concentrée mais aussi en cas d'épidémie généralisée. Dans chaque région, des taux élevés de prévalence de l'infection à VIH ont été signalés dans chacun de ces trois groupes de population (chapitre 1). Pour que la vision « zéro nouvelle infection à VIH et zéro décès dû au sida » devienne réalité, il est crucial de juguler l'épidémie au plus vite dans ces populations clés particulièrement exposées au VIH et à risque de transmettre ce virus.

Une surveillance épidémiologique fiable des consommateurs de drogues par injection, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et des professionnel(le)s du sexe, y compris l'estimation de la taille de ces populations, est indispensable

Encadré 6.1

Remarques méthodologiques sur la qualité et l'interprétation des données

Les données compilées et examinées dans ce chapitre sur les populations clés particulièrement exposées au VIH ont été transmises directement par les États Membres à l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en 2011. Les chiffres transmis par les pays concernant la couverture et l'impact des interventions pour ces populations proviennent souvent soit d'enquêtes dans lesquelles les échantillons sont de petites tailles, soit de sites sentinelles où les méthodes et les tailles d'échantillons utilisées peuvent être fortement hétérogènes. En outre, les données officielles transmises par certains gouvernements peuvent sous-estimer la disponibilité réelle des services quand elles ne prennent pas en compte les données des programmes gérés par des organisations non gouvernementales, qui, dans de nombreux contextes, sont les principaux prestataires de services pour ces populations. Le fait qu'une politique donnée soit mise en place n'indique pas le niveau, la portée ou la qualité des services disponibles ou réellement fournis. Des efforts considérables sont déployés actuellement pour améliorer les méthodes et les processus de collecte des données (2).

L'interprétation des données sur la couverture doit tenir compte du fait que de nombreuses enquêtes ont été menées dans un petit nombre de zones urbaines étendues et que les résultats ne reflètent pas nécessairement la situation au niveau national. En conséquence, les estimations de couverture peuvent ne pas être basées sur des estimations représentatives du pays tout entier et ne pas être comparables entre différents pays. Par ailleurs, on ne dispose pas encore d'estimations suffisantes de la taille de ces populations dans chaque région, rendant impossible le calcul d'estimations mondiales de la couverture.

Dans ce chapitre, l'analyse des données relatives au VIH ne tient pas compte des enquêtes menées avant 2008 ni de celles basées sur des échantillons de moins de 100 participants. De plus, une médiane régionale n'est donnée que quand le nombre d'observations est supérieur ou égal à cinq.

pour évaluer l'efficacité et l'impact des programmes de prévention de l'infection à VIH (chapitre 1). Ces dernières années, des avancées importantes ont été accomplies pour améliorer la surveillance du VIH dans ces communautés (encadré 6.2). Cependant, chacune d'elles fait l'objet de stigmatisation et de discriminations importantes et est soumise à des lois qui criminalisent ses comportements, ce qui empêche son accès aux services de santé, y compris aux moyens de prévention, et entrave la simple collecte des données devant servir à la conception de programmes plus efficaces et plus efficaces (1). La pauvreté, l'exclusion ainsi que d'autres facteurs structurels, notamment les inégalités entre les sexes, agissent comme autant de barrières supplémentaires à l'extension de l'accès aux services essentiels.

Une expansion rapide des interventions qui ont fait leurs preuves et la mise en place de mesures pour garantir la qualité des programmes permettront de renforcer l'efficacité des actions de prévention. La recherche de nouvelles approches originales doit par ailleurs être intensifiée. Des lignes directrices seront prochainement publiées sur l'établissement d'indicateurs et d'objectifs chiffrés concernant l'accès universel des professionnel(le)s du sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes aux interventions de prévention, de traitement, de soins et de soutien dans le domaine du VIH ; en plus de faciliter l'évaluation de la disponibilité de ces interventions en temps normal, ces lignes directrices devraient permettre de pouvoir mieux juger de leur utilisation.

6.2 Interventions du secteur de la santé pour prévenir l'infection à VIH parmi les populations clés particulièrement exposées au VIH

6.2.1 Consommateurs de drogues par injection

Pour les consommateurs de drogues par injection, l'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUSIDA recommandent un ensemble complet de neuf interventions pour la prévention, le traitement et les soins de l'infection à VIH. Il s'agit des interventions suivantes : ① programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, ② traitement de substitution aux opioïdes (pour les personnes dépendantes aux opioïdes) et autres traitements de la pharmacodépendance, ③ conseil et dépistage du VIH, ④ traitement antirétroviral, ⑤ prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles, ⑥ promotion de l'usage du préservatif auprès des consommateurs de drogues par injection et de leurs partenaires sexuels, ⑦ information, éducation et communication ciblées, ⑧ diagnostic et traitement de l'hépatite virale ainsi que vaccination contre cette infection, et ⑨ prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose (3).

Au total, 109 pays à revenu faible ou moyen ont fourni des informations sur l'existence de programmes et de politiques s'adressant aux consommateurs de drogues par injection en 2010 (tableau 6.1), une augmentation de 18 % par rapport aux 92 pays ayant transmis des données sur l'année 2009.

Tableau 6.1 Nombre de pays à revenu faible ou moyen (sur 149 pays ayant fait l'objet d'une enquête) ayant transmis des données sur la disponibilité des interventions de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH pour les consommateurs de drogues par injection, en 2010

	Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues	Traitement de la pharmacodépendance : traitement de substitution aux opioïdes	Traitement de la pharmacodépendance : autres	Conseil et dépistage du VIH	Traitement antirétroviral	Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles	Programmes de promotion du préservatif pour les consommateurs de drogues par injection et leurs partenaires sexuels ^a	Information, éducation et communication ciblées	Diagnostic et traitement de l'hépatite virale ; vaccination contre cette infection	Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose
Nombre de pays ayant transmis des données	107	107	108	109	109	108	108	108	105	106
Nombre de pays ayant transmis des données sur cette intervention	42	37	58	70	71	66	50	63	41	46
Afrique du Nord et Moyen-Orient										
Oui	2	2	7	9	9	8	6	8	7	6
Non	8	8	3	2	2	3	5	3	4	4
Afrique subsaharienne										
Oui	1	1	4	9	9	9	3	8	5	6
Non	33	34	31	26	26	26	32	27	30	29
Amérique latine et Caraïbes Europe et Asie centrale										
Oui	4	2	9	11	11	11	6	8	5	8
Non	13	15	8	6	6	6	10	9	11	9
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est										
Oui	15	12	18	22	22	21	20	21	10	15
Non	11	13	8	4	4	5	6	5	15	11
Europe et Asie centrale										
Oui	20	20	20	19	20	17	15	18	14	11
Non	0	0	0	1	0	2	5	1	4	7

a Il est possible que l'indicateur sous-estime la disponibilité des programmes de promotion du préservatif dans la mesure où il ne tient pas toujours compte des programmes non ciblés menés par des prestataires autres que publics.

Au niveau régional, selon les informations provenant d'Europe et d'Asie centrale, de l'Est, du Sud et du Sud-Est, la plupart des pays de ces deux régions proposent la majorité des interventions de l'ensemble complet d'interventions destinées aux consommateurs de drogues par injection ; les données transmises n'évaluent toutefois ni la portée ni la qualité de ces interventions (tableau 6.2).

Les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et le traitement de substitution aux opioïdes sont des interventions clés de l'ensemble complet d'interventions recommandées à l'intention des consommateurs de drogues par injection ; leur disponibilité est restée limitée puisqu'elles n'ont respectivement été signalées que par 43 et 37 pays. En revanche, 58 pays ont signalé que d'autres types de traitement de la pharmacodépendance étaient disponibles, leur efficacité pouvant cependant être moindre que celle du traitement de substitution aux opioïdes. Plus des deux tiers de l'ensemble des pays ayant transmis des données ont indiqué disposer de services qui

fournissent un conseil et un dépistage du VIH ainsi qu'un traitement antirétroviral aux consommateurs de drogues par injection. Les autres interventions signalées étaient moins fréquemment disponibles.

Bien que l'association de différentes interventions appropriées (ainsi que leur contenu spécifique) dépendent du contexte particulier dans lequel elles sont appliquées, l'accès à du matériel d'injection stérile et le traitement de substitution aux opioïdes sont des éléments clés de la réussite pour tout programme visant à réduire la transmission du VIH liée à la consommation de drogues par injection (3). Néanmoins, malgré les efforts et le plaidoyer actuels au niveau mondial, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ainsi que le traitement de substitution aux opioïdes restent encore relativement peu disponibles dans de nombreuses régions, notamment en Amérique latine et dans les Caraïbes, ainsi qu'en Afrique du Nord et au Moyen-Orient. En Afrique subsaharienne, un seul pays – Maurice – a signalé disposer à grande échelle de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues

Tableau 6.2 Disponibilité de certaines politiques ou interventions pour les consommateurs de drogues par injection, et prévalence de l'infection à VIH dans cette population, dans 39 pays, en 2010^a

Pays	Nombre d'interventions adoptées en tant que politiques	Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues	Traitement de substitution aux opioïdes	Prévalence de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues par injection (%)
Afrique du Nord et Moyen-Orient (8 pays)				
Égypte	-	-	-	7
Iran (République islamique d')	10	Oui	Oui	13
Jordanie	8	Non	Non	0
Liban	10	Oui	Oui	0
Maroc	97	Oui	Oui	14
Oman	7	Non	Non	2
République arabe syrienne	4	Non	Non	6
Tunisie	6	Non	Non	3
Afrique subsaharienne (4 pays)				
Ghana	0	Non	Non	11
Kenya	7	Non	Non	21
Maurice	9	Oui	Oui	47
Nigéria	5	Non	Non	4
Amérique latine et Caraïbes (4 pays)				
Brésil	9	Oui	Non	6
Colombie	7	Non	Oui	2
Mexique	9	Oui	Oui	5
Paraguay	7	Oui	Non	9
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (11 pays)				
Afghanistan	9	Oui	Oui	7
Cambodge	7	Oui	Oui	24
Chine	10	Oui	Oui	7
Indonésie	9	Oui	Oui	27
Malaisie	10	Oui	Oui	22
Myanmar	10	Oui	Oui	28
Népal	8	Oui	Oui	19
Pakistan	9	Oui	Non	21
République démocratique populaire lao	7	Non	Non	17
Thaïlande	9	Oui	Oui	31
Viet Nam	8	Oui	Oui	18
Europe et Asie centrale (13 pays)				
Albanie	10	Oui	Oui	0
Arménie	8	Oui	Oui	9
Bosnie-Herzégovine	8	Oui	Oui	<1
Croatie	10	Oui	Oui	1
Ex-République yougoslave de Macédoine	10	Oui	Oui	0
Hongrie	8	Oui	Oui	0
Kazakhstan	10	Oui	Oui	3
Lettonie	5	Oui	Oui	6
République de Moldova	8	Oui	Oui	16
Roumanie	8	Oui	Oui	1
Serbie	8	Oui	Oui	2
Tadjikistan	10	Oui	Oui	17
Ukraine	9	Oui	Oui	23
Total oui		30	28	
Total non		9	11	

a Dans ce tableau, le traitement de substitution aux opioïdes et les autres traitements de la pharmacodépendance comptent pour deux interventions distinctes, faisant passer à dix le nombre total d'interventions recommandées par l'OMS.

et du traitement de substitution aux opioïdes destinés aux consommateurs de drogues par injection (4). Les ripostes doivent bien sûr être adaptées au contexte sur place, mais il s'agit là d'une lacune majeure des ripostes nationales puisque la recherche a récemment clairement mis en évidence, dans cette région, la présence de consommation de drogues par injection et sa contribution à la propagation du VIH (4,5).

Dans les rapports basés sur d'autres systèmes statistiques, comme ceux élaborés par le « Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use » (Groupe de référence auprès des Nations Unies sur le VIH et l'usage de drogues intraveineuses) et par « Harm Reduction International » (anciennement Association Internationale de Réduction des Risques), les chiffres peuvent différer de ceux transmis par les pays à l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF, en raison des différences de champs couverts par les enquêtes respectivement menées et parce que l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF se concentrent uniquement sur les pays à revenu faible ou moyen. En 2009, d'après le Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use, 82 pays avaient mis en place des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues parmi 158 pays ayant transmis des données sur la consommation de drogues par injection, et 70 pays avaient mis en place le traitement de substitution aux opioïdes parmi 120 pays ayant transmis des données sur l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues par injection (6). Une enquête menée en 2010 par Harm Reduction International a trouvé des chiffres similaires : 82 pays disposaient de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et 73 proposaient le traitement de substitution aux opioïdes (7,8).

L'OMS et l'ONUSIDA recommandent de ne pas rendre obligatoire le traitement pharmacologique assisté sur le plan psychosocial (9). Pourtant, des analyses récentes sur l'obligation de soins suggèrent que le nombre de consommateurs de drogues par injection détenus administrativement ou légalement afin de suivre un traitement pourrait atteindre plusieurs centaines de milliers, et que le traitement de substitution aux opioïdes n'est accessible qu'à une petite partie des détenus dépendants aux opioïdes (10). Les centres de détention pour consommateurs de drogues ont de piètres résultats en matière de prévention de la consommation de drogues et des taux élevés de récurrence. En outre, ces centres de détention vont à l'encontre des droits humains et, peuvent accroître les risques liés au VIH et nuire au succès des interventions qui ont fait leurs preuves (11).

Au total, 39 pays ont transmis des données sur la prévalence de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues par injection (tableau 6.3), qui oscille entre près de 0 % en Albanie, au Liban et dans d'autres pays, et 31 % en Thaïlande ou 47 % à Maurice.

Sept pays, dont le Myanmar et le Tadjikistan, ont déclaré avoir adopté la totalité des politiques faisant partie de l'ensemble des interventions recommandées. Parmi les pays ayant transmis des données mentionnant une prévalence supérieure à 0 % chez les consommateurs de drogues par injection, 25 ont indiqué disposer de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, et 23 du traitement de substitution aux opioïdes. Cependant,

l'adoption de ces deux interventions continue à être insuffisante dans de nombreux contextes. Quatre pays seulement en Afrique subsaharienne ont transmis des données sur la disponibilité de ces interventions et trois ont signalé ne disposer ni de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ni du traitement de substitution aux opioïdes, notamment le Ghana et le Kenya où la prévalence de l'infection à VIH dépasse 10 % chez les consommateurs de drogues par injection.

En 2010, des données d'évaluation du nombre de sites de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues pour 1000 consommateurs de drogues par injection ont été transmises par 33 pays. Comme les années précédentes, les données montrent que la plupart de ces pays se situent en Europe et en Asie centrale, ainsi qu'en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est. Dans les pays qui ont transmis des données, l'accessibilité à ces interventions est restée insuffisante en 2010, avec une médiane de 1,4 site de programme d'échange d'aiguilles et de seringues pour 1000 consommateurs de drogues par injection, soit le même chiffre que celui observé en 2009 (données provenant de 28 pays). Le Viet Nam et la Slovaquie ont signalé de meilleurs niveaux d'accessibilité à cette intervention avec, respectivement, 17,1 et 8,6 sites de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues pour 1000 consommateurs de drogues par injection.

Le nombre médian de seringues et d'aiguilles distribuées par consommateur de drogues par injection et par an était de 50,7 en 2010 (30 pays ayant transmis des données), indiquant une hausse par rapport au nombre médian de 44,4 calculé pour l'année 2009 (27 pays ayant transmis des données). Ces résultats sont cependant très inférieurs aux 200 seringues par consommateur de drogues par injection et par an, seuil minimum recommandé par l'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUSIDA comme politique majeure de prévention de l'infection à VIH dans cette population (3). Parmi tous les pays ayant transmis des données pour 2010, seuls le Bangladesh, l'Inde et la Slovaquie ont atteint l'objectif international recommandé ; dans trois autres pays (Kazakhstan, Tadjikistan et Viet Nam), le nombre de seringues distribuées par consommateur de drogues par injection et par an se situait entre 100 et 200.

La couverture du traitement de substitution aux opioïdes est aussi demeurée limitée dans la plupart des 32 pays ayant transmis des données, avec une médiane de 2,4 % des consommateurs de drogues par injection bénéficiant de cette intervention. Avec respectivement 84 % et 32 % des consommateurs de drogues par injection ayant accès à un traitement de substitutions aux opioïdes, la République islamique d'Iran et Maurice avaient la couverture la plus étendue en 2010.

Des investissements supplémentaires sont nécessaires pour élargir la couverture des interventions de réduction des risques, notamment les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et le traitement de substitution aux opioïdes. Dans ce domaine, la participation de la société civile et des communautés locales est indispensable pour garantir que les politiques sont adaptées aux contextes locaux et pour satisfaire les besoins des consommateurs de drogues par injection (encadré 6.2).

Tableau 6.3 Estimation du pourcentage de consommateurs de drogues par injection recevant un traitement de substitution aux opioïdes, et estimation du nombre de seringues et d'aiguilles distribuées par programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et par consommateur de drogues par injection au cours des 12 derniers mois, en 2010

Pays	Estimation du nombre de consommateurs de drogues par injection	Nombre de sites de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues pour 1000 consommateurs de drogues par injection	Nombre de seringues par consommateur de drogues par injection distribuées par les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues	Pourcentage de consommateurs de drogues par injection recevant un traitement de substitution aux opioïdes
Nombre de pays ayant transmis des données	34	33	30	32
Médiane pour l'ensemble des pays ayant transmis des données		1,4	50,7	2,4
Afrique du Nord et Moyen-Orient				
Maroc	18 000	0,2	2,80	0,4
Afrique subsaharienne				
Madagascar	600	1,7	...	0
Maurice	10 000	5,2	51,9	32,8
Amérique latine et Caraïbes				
Brésil	472 200	...	...	...
Mexique	64 300	0,4	2,7	...
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est				
Afghanistan	20 000	1,1	34,7	0,4
Bangladesh	40 000	3	214,4	0,3
Cambodge	2 100	0,5	43,8	2,9
Chine	642 800	1,6	18,9	28,4
Inde	177 000	1,4	228,2	3
Indonésie	105 800	1,8	10,2	2,4
Iran (République islamique d')	250 000	2,7	35,9	84,0
Malaisie	170 000	1,7	17	21,8
Myanmar	75 000	0,6	91,7	1,5
Népal	28 500	1,6	56,5	1,2
Sri Lanka	700	0	...	0
Thaïlande ^a	40 000-97 000	0,5-1,2	2,4-5,8	2,3-5,5
Viet Nam	193 000	17,1	140,6	1,3
Médiane		1,6	44	2
Europe et Asie centrale				
Albanie	7 000	0,7	...	7,5
Arménie	5 000	0,6	15,7	2,2
Bélarus	50 000	0,7	46,5	0,9
Bosnie-Herzégovine	7 500	1,1	50,7	9,8
Croatie	6 300	1,3	98,4	22,4
Ex-République yougoslave de Macédoine	10 200	1,5	49	11,2
Géorgie	40 000	0,3	26,6	7
Hongrie	5 700	3	65,8	17,4
Kazakhstan	119 100	1,4	176,4	0,1
Lettonie	18 000	1	17,3	1,1
République de Moldova	25 000	1,2	65,8	1,4
Roumanie	17 000	0,6	54,6	9,1
Serbie	18 000	0,2	25,5	6,9
Slovaquie	800	8,6	209,1	75
Tadjikistan	25 000	1,9	104,4	0,1
Ukraine	290 000	5,3	62,4	2,1
Médiane		1,1	55	7

a La Thaïlande n'est pas incluse dans la médiane pour l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est.

Box 6.2

MENAHRA : renforcement de la société civile pour soutenir et élargir les activités de réduction des risques au Moyen-Orient et en Afrique du Nord

En 2007, l'OMS et l'Association Internationale de Réduction des Risques ont créé ensemble l'Association de réduction des risques au Moyen-Orient et en Afrique du Nord « MENAHRA » (Middle East and North Africa Harm Reduction Association) avec le soutien financier de la fondation DROSOS. MENAHRA est un réseau de partenaires régionaux pour la réduction des risques ; il implique des organisations de la société civile, des gouvernements, des experts et des universitaires. Il est représenté par un secrétariat et trois pôles de connaissances sous-régionaux (« knowledge hubs ») situés en République islamique d'Iran, au Liban et au Maroc. Dans les régions, MENAHRA cherche à appuyer la société civile pour susciter des changements en faveur de politiques reposant sur des bases factuelles afin d'accélérer le déploiement de stratégies de réduction des risques.

Par ses travaux, MENAHRA a organisé à ce jour plus de 30 ateliers de formation, développant plus de 12 modules de formation, et a tenu 6 séminaires de sensibilisation. Grâce à la mise à disposition d'informations en ligne et à la tenue de conférences, l'association a diffusé des supports de plaidoyer aux parties prenantes concernées par la réduction des risques dans 18 pays du Moyen-Orient, de l'Afrique du Nord et au-delà. Elle a également organisé et accueilli en 2009 la première conférence régionale sur la réduction des risques et a accueilli en 2011 la conférence annuelle de l'organisation Harm Reduction International. Dix organisations de la société civile dans sept pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord ont bénéficié directement d'un appui technique et financier de MENAHRA. À présent, plus de 1000 personnes reçoivent de façon continue des informations relatives à la réduction des risques dans la région à partir du site Internet et des bulletins d'information de MENAHRA.

Par ailleurs, les parties prenantes ont fait part de l'influence positive de MENAHRA pour que l'environnement politique accepte mieux la réduction des risques comme stratégie clé de la prévention de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues par injection. En 2009, le Maroc a révisé sa stratégie nationale sur la consommation de drogues pour y intégrer des activités de réduction des risques. En 2010, la Tunisie a élaboré une stratégie de réduction des risques et la République arabe syrienne a obtenu des financements pour mettre en œuvre des interventions dans ce domaine à travers sa proposition retenue par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (série 10). La même année, le Pakistan a accepté de tester le traitement de substitution aux opioïdes ; à présent, un financement du Fonds mondial a été obtenu pour en étendre la couverture à 1000 consommateurs de drogues par injection. Les organisations partenaires de la société civile ont également souligné que leur coopération avec MENAHRA leur a permis d'élargir leurs programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et leurs activités de proximité destinés aux consommateurs de drogues par injection, et aussi à améliorer leur collaboration avec les acteurs nationaux.

En 2010, MENAHRA a été capable de mobiliser des ressources supplémentaires auprès du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, dans le cadre d'une subvention sur cinq ans d'un montant de 8,3 millions de US\$ au titre de la série 10. C'est la première subvention régionale du Fonds mondial consacrée exclusivement à l'appui d'activités de réduction des risques et d'activités menées par la société civile. Avec cette subvention, MENAHRA et le Fonds mondial espèrent apporter un soutien supplémentaire aux organisations de la société civile afin de stimuler un environnement propice à la mise en œuvre de stratégies de réduction des risques, renforcer les capacités des prestataires de services et fournir des ressources techniques pour aider à la mise en œuvre des programmes et accélérer celle-ci.

6.2.2 Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

Dans le monde entier, les enquêtes montrent que les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes continuent à être beaucoup plus exposés au VIH que la population générale. Une méta-analyse de données de surveillance provenant de pays à revenu faible ou moyen a révélé que le risque d'être séropositif pour le VIH est 19,3 fois plus élevé dans cette population que dans la population générale (12). La prévalence de l'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes oscille entre 0 % et 33 % dans les pays ayant transmis des données. Elle dépasse 20 % dans des pays aussi différents que la Bolivie, la Jamaïque, le Mexique, le Myanmar, la Thaïlande, Trinité et la Zambie (13). La syphilis, dont on reconnaît qu'elle facilite l'infection à VIH, est très fréquente chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, notamment chez ceux vivant avec le VIH (encadré 6.4) (13). D'après les données transmises par les pays, la prévalence de la syphilis active chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes était supérieure à 15 % dans cette population dans des pays comme l'Afghanistan, l'Argentine, les Fiji, le Guatemala, la Jamaïque, le Maroc, le Nicaragua et le Paraguay (annexe 2).

L'OMS et ses partenaires ont établi des recommandations dans le cadre d'une approche de santé publique pour la prévention et le traitement de

l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres (13,14). Cet ensemble d'interventions¹ couvre les domaines clés où il est nécessaire de prendre des mesures afin d'élaborer des ripostes globales et efficaces, y compris des recommandations sur les droits humains et la non-discrimination dans les établissements de soins de santé, sur la prévention, le traitement et les soins de l'infection à VIH, ainsi que sur la prévention et les soins des autres infections sexuellement transmissibles. Des études ont montré les effets positifs de ces interventions chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ; d'après une étude récente de modélisation, ces interventions pourraient aussi permettre de réduire le nombre de personnes nouvellement infectées dans la population générale (15).

Des interventions structurelles pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination doivent venir

1 Les lignes directrices fournissent des données et des recommandations techniques sur : 1) la prévention de la transmission sexuelle, 2) le conseil et le dépistage du VIH, 3) les interventions visant à changer les comportements – information, éducation et communication, 4) la consommation de drogues et la prévention des infections véhiculées par le sang, 5) la prise en charge et le traitement de l'infection à VIH et 6) la prévention et la prise en charge des autres infections sexuellement transmissibles (15).

compléter les interventions du secteur de la santé afin d'améliorer l'accès des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes aux services de prévention, de traitement et de soins, et pour qu'ils utilisent davantage ces services (encadré 6.3). Des obstacles juridiques et politiques contribuent largement à la vulnérabilité à l'infection à VIH dont sont victimes les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les personnes transgenres. Là où les autorités culturelles, religieuses et politiques manifestent de l'homophobie, ou lorsque les relations homosexuelles sont criminalisées, il peut arriver que les lois et les politiques qui favorisent en principe l'accès

universel et l'égalité entre les sexes ne s'appliquent pas dans la pratique aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (15). Dès lors, il est essentiel de s'attaquer aux contraintes juridiques et aux normes culturelles qui font obstacle à l'accès aux services et ont un effet dissuasif sur le comportement de recours aux soins.

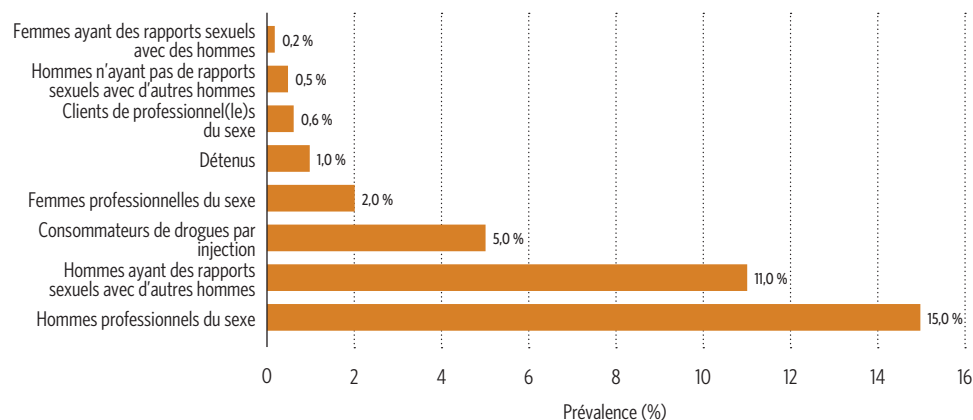
Un total de 113 pays à revenu faible ou moyen ont transmis des informations sur l'existence de programmes s'adressant aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (tableau 6.4). Les deux interventions les plus fréquemment signalées

Encadré 6.3

Élargissement d'une riposte complète au VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes au Mexique

Au Mexique, l'épidémie de VIH est concentrée et affecte principalement les populations clés particulièrement exposées au VIH (figure 6.1). On estime qu'un total de 225 000 personnes vivaient avec le VIH dans ce pays à la fin de l'année 2010, dont 143 281 personnes atteintes du sida, et que l'on y comptait un nombre total d'environ 102 000 décès. On estime que les rapports sexuels entre hommes constituent le principal mode de transmission de l'infection dans le pays, représentant environ 59 % du nombre cumulé de toutes les personnes infectées par le VIH.

Figure 6.1 Estimation de la prévalence de l'infection à VIH par population clé, Mexique, 2008-2009



Du fait de différences entre les méthodes d'échantillonnage utilisées et entre les populations ayant fait l'objet d'une enquête, il n'est pas forcément pertinent de comparer directement la prévalence de l'infection à VIH entre ces différents groupes.

Par le biais d'organisations non gouvernementales, le « Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/sida » (CENSIDA ou centre national de prévention et de contrôle du sida) a investi depuis 2007 plus de 15 millions de US\$ pour financer des activités de prévention et des stratégies ciblant les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Actuellement, le gouvernement fédéral distribue autour de 25 à 30 millions de préservatifs masculins par an, principalement à l'intention des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et d'autres populations clés particulièrement exposées au VIH ; 60 à 80 millions de préservatifs supplémentaires sont aussi distribués à des groupes spécifiques de population par le biais de programmes impulsés par l'État. En 2011, le Mexique a entrepris un projet dans les 44 villes présentant la plus forte incidence cumulée d'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Soutenu à hauteur de 64 millions de US\$, par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ce projet sur cinq ans favorisera la réalisation du conseil et du dépistage du VIH, fera la distribution de préservatifs et de lubrifiants et organisera des ateliers conduits par des pairs et destinés à induire des changements de comportement.

Avant 2003, l'accès immédiat au traitement antirétroviral dépendait d'organismes de protection sanitaire et sociale en lien avec l'emploi dans le secteur formel, et il était fréquent que les personnes non assurées doivent attendre pour bénéficier des services. En outre, l'accès au traitement antirétroviral était restreint aux femmes, aux enfants et à l'« homme de la famille », excluant ainsi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transgenres, les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues par injection. Toutefois, l'accès universel au traitement antirétroviral a été introduit en 2003 et sa mise en œuvre s'est achevée en 2008-2009. À présent, toutes les personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral sur la base d'une indication médicale conforme aux directives nationales de traitement (nombre de CD4 égal ou inférieur à 350 cellules/mm³) sont immédiatement inscrites dans les services de soins et pour un traitement antirétroviral ; le diagnostic tardif demeure toutefois un sérieux problème chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

La stigmatisation et l'homophobie restent encore répandues dans de nombreux secteurs de la société mexicaine. Elles ont été identifiées comme des obstacles majeurs à l'accès aux soins de santé, à la prévention et au diagnostic précoce de l'infection à VIH. Pour prévenir la discrimination, la stigmatisation, l'homophobie et la transphobie, le programme national de lutte contre le sida a mis en place une formation à part entière pour sensibiliser le personnel de santé travaillant dans les centres qui fournissent directement des services liés au VIH. CENSIDA a également lancé de façon périodique des campagnes médiatiques et en face-à-face intitulées « *L'homophobie est OUT* », ainsi que des activités spécifiques avec la communauté homosexuelle pour encourager activement sa participation. Des approches ont été mises au point pour exploiter la puissance de communication des réseaux sociaux et des médias afin d'aider à introduire des changements dans les normes sociales. Cette association de différentes stratégies devrait permettre d'obtenir l'adoption de comportements favorables à la santé et contribuer à long terme à l'élimination définitive de la stigmatisation et de la discrimination.

Tableau 6.4 Nombre de pays à revenu faible ou moyen (sur 149 pays ayant fait l'objet d'une enquête) ayant transmis des données sur la disponibilité des interventions de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, en 2010

	Promotion de l'usage régulier du préservatif ^a	Interventions aux niveaux individuel et communautaire	Interventions de prévention dans les lieux de rencontre (commercial ou public)	Campagnes de marketing social	Interventions reposant sur Internet	Conseil et dépistage du VIH	Traitement et soins de l'infection à VIH	Prise en charge des infections sexuellement transmissibles ^b	Vaccination contre l'hépatite B	Ensemble complet d'interventions pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et consommateurs de drogues par injection
Nombre total de pays ayant transmis des données	113	110	110	111	109	113	113	109	109	107
Nombre de pays ayant transmis des données sur cette intervention	79	70	55	48	33	84	80	60	23	15
Afrique du Nord et Moyen-Orient										
Oui	7	7	4	3	3	8	8	4	2	2
Non	4	4	6	7	7	3	3	6	8	8
Afrique subsaharienne										
Oui	16	14	8	8	3	16	16	11	3	3
Non	20	22	28	28	32	20	20	24	32	32
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est										
Oui	20	20	12	14	8	24	22	21	7	2
Non	6	6	14	12	18	2	4	5	19	24
Amérique latine et Caraïbes										
Oui	20	15	18	14	7	19	19	13	4	3
Non	1	4	3	7	14	2	2	8	17	17
Europe et Asie centrale										
Oui	16	14	13	9	115	17	17	11	7	5
Non	3	4	4	9	5	2	2	6	10	11

a Il est possible que l'indicateur sous-estime la disponibilité des programmes de promotion du préservatif dans la mesure où il ne tient pas toujours compte des programmes non ciblés menés par des prestataires autres que publics.

b Le dépistage de *Neisseria gonorrhoeae*, de *Chlamydia trachomatis* et de la syphilis asymptomatiques est inclus dans cette intervention.

comme étant disponibles (respectivement dans 84 et 80 pays) étaient le conseil et le dépistage du VIH, puis le traitement antirétroviral et les soins. D'autres interventions ont été moins fréquemment signalées comme étant disponibles ; il s'agit des interventions reposant sur Internet (33 pays), du dépistage de l'hépatite B et de la vaccination contre cette infection (13 pays), et des programmes de réduction des risques pour ceux qui sont aussi consommateurs de drogues par injection (15 pays).

Au niveau régional, les interventions s'adressant aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes sont plus largement disponibles en Amérique latine et dans les Caraïbes, en Europe et en Asie centrale, ainsi qu'en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est. En dépit des données indiquant une prévalence élevée de l'infection à VIH dans ce groupe de population en Afrique subsaharienne, les interventions ciblées étaient

généralement plus rarement disponibles dans cette région (chapitre 1).

6.2.3 Professionnel(le)s du sexe

Au total, 113 pays à revenu faible ou moyen ont transmis des informations sur l'existence de programmes et de politiques s'adressant aux professionnel(le)s du sexe¹ (tableau 6.5). De même que pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, l'intervention ciblée la plus fréquemment disponible était le conseil et le dépistage du VIH, 101 pays sur 113 ayant signalé qu'ils disposaient de cette intervention. Le traitement et les soins de l'infection à VIH étaient disponibles dans 100 pays, et 94 pays disposaient du traitement symptomatique des infections sexuellement transmissibles. L'accès à un ensemble d'interventions

1 La plupart des données concernent les femmes professionnelles du sexe.

Tableau 6.5 Nombre de pays à revenu faible ou moyen (sur 149 pays ayant fait l'objet d'une enquête) ayant transmis des données sur la disponibilité des interventions de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH pour les professionnel(le)s du sexe, en 2010

	Programmes ciblés de promotion du préservatif ^a	Conseil et dépistage du VIH	Traitement et soins de l'infection à VIH	Traitement des infections sexuellement transmissibles symptomatiques	Traitement des infections sexuellement transmissibles asymptomatiques	Traitement présomptif périodique des infections sexuellement transmissibles ^b	Accès à un ensemble d'interventions pour les consommateurs des drogues par injection	Responsabilisation des professionnel(le)s du sexe ^c
Nombre total de pays ayant transmis des données	113	113	112	109	109	109	109	109
Nombre de pays ayant transmis des données sur cette intervention	95	101	100	94	64	34	16	74
Afrique du Nord et Moyen-Orient								
Oui	7	8	8	6	4	1	2	3
Non	4	3	3	4	6	9	8	7
Afrique subsaharienne								
Oui	30	30	30	31	20	13	4	27
Non	6	6	6	4	16	22	31	8
Amérique latine et Caraïbes								
Oui	19	20	19	18	12	6	2	16
Non	2	1	2	3	9	15	17	5
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est								
Oui	24	26	25	26	19	10	4	20
Non	2	0	0	0	7	6	22	5
Europe et Asie centrale								
Oui	15	17	18	13	9	4	4	8
Non	4	2	1	4	7	10	12	7

a Il est possible que l'indicateur sous-estime la disponibilité des programmes de promotion du préservatif dans la mesure où il ne tient pas toujours compte des programmes non ciblés menés par des prestataires autres que publics.

b Ou prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles conformément aux récentes lignes directrices (13).

c Participation à la planification et à la mise en œuvre des activités de prévention et de soins de l'infection à VIH et des infections sexuellement transmissibles.

pour les professionnel(le)s du sexe consommant également des drogues par injection a été l'intervention la plus rarement signalée.

Les variations entre régions étaient considérables. L'ensemble des pays d'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est ayant transmis des données ont indiqué avoir mis à disposition des services ciblés pour le conseil et le dépistage du VIH, le traitement et les soins de l'infection à VIH ainsi que pour le traitement des infections sexuellement transmissibles symptomatiques. Ces interventions ciblées étaient en revanche beaucoup plus rarement disponibles en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, où au moins un quart des pays ayant transmis des données ont indiqué ne disposer d'aucune intervention destinée spécifiquement aux professionnel(le)s du sexe.

Malgré la disponibilité d'interventions pour la prise en charge des IST chez les professionnel(le)s du

sexe, la prévalence de la syphilis reste élevée dans plusieurs régions du monde (encadré 6.4). D'après les données transmises, la prévalence de la syphilis active dans ce groupe de population était supérieure à 15 % dans des pays comme l'Argentine, la Guinée-Bissau, la Mongolie, le Nicaragua et la Papouasie-Nouvelle-Guinée (annexe 1).

Les professionnel(le)s du sexe sont souvent victimes de législations néfastes et de violations des droits de l'homme, notamment la coercition, la stigmatisation, un accès insuffisant à l'information et aux services de prévention ainsi que de fréquents actes de violence. L'amélioration de l'accès aux interventions essentielles liées au VIH ainsi que leur utilisation et la réduction de la vulnérabilité sociale passent par le recours à des interventions structurelles, notamment la dépénalisation du travail sexuel et l'implication des professionnel(le)s du sexe dans la planification et la mise en œuvre des interventions.

Encadré 6.4

Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles chez les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes¹

Parmi les 149 pays à revenu faible ou moyen ayant fait l'objet d'une enquête en 2010, 40 (27 %) ont transmis des données sur le pourcentage de professionnel(le)s du sexe présentant une syphilis active et 31 (21 %) sur le pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes présentant une syphilis active.² Le même nombre de pays avait transmis des données en 2008 (tableau 6.6).²

Dans les pays ayant transmis des données, le pourcentage médian global de professionnel(le)s du sexe présentant une syphilis active était de 3,8 % en 2010. Le pourcentage médian le plus élevé a été observé en Amérique latine et dans les Caraïbes avec 5,1 %, et le plus faible en Afrique subsaharienne, avec 2,4 %.

Dans les pays ayant transmis des données, le pourcentage médian global d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes présentant une syphilis active était de 6,4 % en 2010, un chiffre légèrement supérieur à celui observé chez les professionnel(le)s du sexe. Le pourcentage médian le plus élevé a été observé en Amérique latine et dans les Caraïbes avec 13,1 %, et le plus faible en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, avec 5,0 %.

Les données, détaillées par pays, sur les indicateurs relatifs aux infections sexuellement transmissibles pour l'année 2010 sont présentées dans l'annexe 1.

Tableau 6.6 Positivité médiane de la syphilis active chez les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans 149 pays ayant fait l'objet d'une enquête, en 2008 et en 2010

Région	Professionnel(le)s du sexe				Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes			
	Nombre de pays ayant transmis des données pour 2008	Positivité médiane de la syphilis active en 2008	Nombre de pays ayant transmis des données pour 2010	Positivité médiane de la syphilis active en 2010	Nombre de pays ayant transmis des données pour 2008	Positivité médiane de la syphilis active en 2008	Nombre de pays ayant transmis des données pour 2010	Positivité médiane de la syphilis active en 2010
Afrique du Nord et Moyen-Orient	4	^a	2	^a	2	^a	1	^a
Afrique subsaharienne	9	7,1 %	10	2,4 %	3	^a	3	^a
Amérique latine et Caraïbes	8	7,7 %	11	5,1 %	7	7,8 %	12	13,1 %
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	13	2,7 %	14	2,9 %	11	3,3 %	12	5,0 %
Europe et Asie centrale	8	13,2 %	3	^a	8	3,8 %	3	^a
Total mondial	42	6,9 %	40	3,8 %	31	4,1 %	31	6,4 %

^a Les médianes régionales n'ont pas été calculées quand moins de cinq pays ont transmis des données.

Aucune tendance dans le temps ne peut encore être évaluée, le nombre de données longitudinales disponibles provenant d'échantillons comparables étant limité. Avec le temps, les systèmes de surveillance et d'évaluation s'élargissent pour couvrir un plus grand nombre de sujets et leur fiabilité s'améliore ; d'autre part, un nombre croissant de pays transmet des données. À l'avenir, les informations disponibles sur les services et les interventions liés aux infections sexuellement transmissibles pour ces populations devraient, par conséquent, être plus nombreuses et de meilleure qualité.

1 Trois indicateurs concernant les infections sexuellement transmissibles chez les femmes vues en consultation prénatale sont traités dans le chapitre 7.

2 La syphilis « active » se définit dans ce contexte comme un résultat positif à la fois aux tests tréponémiques et aux tests non-tréponémiques.

6.3 Connaissance du statut sérologique VIH dans les populations particulièrement exposées au VIH

Connaître son statut VIH rend possible l'accès aux autres services permettant de lutter contre cette infection. Pour mettre en œuvre des ripostes complètes au VIH et identifier les inégalités d'accès aux services qui y sont liés, il est impératif d'améliorer la connaissance de son statut dans les populations particulièrement exposées.

Le tableau 6.7 récapitule les données transmises par les pays sur le niveau d'utilisation des services de conseil et de dépistage par les consommateurs de drogues par injection, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les professionnel(le)s du sexe. Un nombre nettement plus important de pays a été en mesure de fournir des informations sur la couverture du dépistage chez les professionnel(le)s du sexe plutôt que chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ou chez les consommateurs de drogues par injection. De plus, même si la couverture du dépistage du VIH demeure généralement faible quelles que soient les populations et les régions, elle était relativement plus élevée chez les professionnels(le)s du sexe qu'au sein des deux autres groupes de population.

À l'échelle mondiale, 52 pays en 2010 ont transmis des données sur le conseil et le dépistage du VIH chez les professionnel(le)s du sexe contre 45 en 2008. La

proportion médiane de professionnel(le)s du sexe qui connaissaient leur statut sérologique suite à un test VIH effectué récemment était de 49 %, mais les différences étaient considérables d'un pays à l'autre. La proportion médiane de professionnel(le)s du sexe connaissant leur statut sérologique a atteint 60 % en Afrique subsaharienne (16 pays, fourchette : 0-95 %), 59% en Amérique latine et dans les Caraïbes (10 pays, fourchette : 18-75 %), et 35 % en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (17 pays, fourchette : 14-98 %).

Au total, 41 pays en 2010 ont transmis des données sur le niveau d'utilisation des services de conseil et de dépistage du VIH par les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Globalement, la couverture médiane était de 32 % ; la couverture médiane la plus élevée a été observée en Amérique latine et dans les Caraïbes, avec 32 % (fourchette : 7-63 %), puis en Europe et en Asie centrale, avec 30 % (fourchette : 4-60 %).

Dans un groupe de 26 pays ayant transmis des données, la médiane de consommateurs de drogues par injection ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissaient le résultat était seulement de 23 %. Dans cette population, la couverture médiane la plus étendue du conseil et du dépistage a été observée en Europe et en Asie centrale (avec 26 %), suivies de l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (avec 21 %).

Tableau 6.7 Pourcentage de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat parmi certaines populations particulièrement exposées au VIH, 2008-2010^a

	Consommateurs de drogues par injection	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	Professionnel(le)s du sexe
Médiane globale	23 %	32 %	49 %
Nombre total de pays ayant transmis des données (n =)	26	41	52
Afrique du Nord et Moyen-Orient			
Médiane	...	...	...
n =	2	1	2
Afrique subsaharienne			
Médiane	...	...	60 %
n =	2	4	15
Amérique latine et Caraïbes			
Médiane	...	32 %	59 %
n =	2	11	10
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est			
Médiane	21 %	27 %	35 %
n =	11	14	17
Europe et Asie centrale			
Médiane	26 %	31 %	42 %
n =	9	11	8

^a Les données détaillées par pays sont présentées dans les annexes 3A.1, 3A.2 et 3A.3. Les données des pays peuvent avoir été produites sur la base d'enquêtes qui ne sont pas nécessairement représentatives sur le plan national, et certains résultats d'enquêtes peuvent surestimer la proportion de personnes accédant aux services. Par exemple, en cas de données indiquant une couverture proche de 100 %, il est possible que ces données ne concernent que les personnes inscrites dans les services de traitement ou différentes autres situations où un test VIH doit être effectué avant d'avoir accès à un service particulier.

Tableau 6.8 Pourcentage médian, parmi certaines populations particulièrement exposées au VIH, de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, en 2006-2008 et 2009-2010^a

	2006-2008	2009-2010
Consommateurs de drogues par injection		
Médiane	23 %	25 %
n=	13	
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes		
Médiane	30 %	35 %
n=	16	
Professionnel(le)s du sexe		
Médiane	39 %	52 %
n=	23	

a Les données détaillées par pays sont présentées dans les annexes 3A.1, 3A.2 et 3A.3. Les données des pays peuvent avoir été produites sur la base d'enquêtes qui ne sont pas nécessairement représentatives sur le plan national, et certains résultats d'enquêtes peuvent surestimer la proportion de personnes accédant aux services. Par exemple, en cas de données indiquant une couverture proche de 100 %, il est possible que ces données ne concernent que les personnes inscrites dans les services de traitement ou différentes autres situations où un test VIH doit être effectué avant d'avoir accès à un service particulier.
n = Nombre de pays ayant transmis des données.

Il est difficile de déterminer avec précision, à l'échelle des régions ou du monde entier, les tendances suivies au fil du temps par l'expansion du conseil et du dépistage du VIH dans les différents pays : les enquêtes disponibles reposent généralement sur des échantillons de petite taille et risquent de ne pas rendre compte de façon adéquate des changements rapides susceptibles de survenir sur une courte période de temps. L'évolution générale peut néanmoins être mesurée en comparant les données transmises par les pays qui ont mené plus d'une enquête entre 2006 et 2010 (tableau 6.8).

D'après les chiffres disponibles, le pourcentage médian de professionnel(le)s du sexe ayant utilisé des services de conseil et de dépistage du VIH a augmenté entre 2006-2008 et 2009-2010, passant de 39 % à 52 % dans le groupe de 23 pays ayant transmis des données. Selon les données transmises, cette proportion a progressé de façon remarquable en Afrique subsaharienne, passant de 49 % (fourchette : 34-71 %) à 60 % (fourchette : 38-89 %), en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, passant de 19 % (fourchette : 5-68 %) à 33 % (fourchette : 14-98 %) et en Europe et en Asie centrale, où la proportion médiane de professionnel(le)s du sexe, déclarant avoir récemment effectué un test de dépistage du VIH et avoir été informées de leur résultat, est passée de 45 % (fourchette : 31-68 %) à 59 % (fourchette : 23-59 %).

Plus limitées, les données longitudinales sur les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et sur les consommateurs de drogues par injection montrent que le pourcentage médian de l'utilisation des services de conseil et de dépistage du VIH, au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, a progressé plus modestement entre 2006-2008 et 2009-2010, passant respectivement de 30 % à 35 %

(16 pays) et de 23 % à 25 % (13 pays). La faiblesse de ces pourcentages souligne la nécessité d'investir davantage dans l'amélioration de la surveillance de l'accès au conseil et au dépistage du VIH et pour l'utilisation de cette intervention dans ces groupes de population.

Ces faibles niveaux soulignent les besoins en termes d'investissements supplémentaires afin d'assurer la surveillance de l'accès au conseil et au dépistage du VIH et pour améliorer l'utilisation de cette intervention dans ces groupes de population.

6.4 Traitement et soins destinés aux populations clés particulièrement exposées au VIH

Malgré l'amélioration de la surveillance épidémiologique, les données à l'échelle mondiale sur l'accès au traitement antirétroviral, ventilées en fonction de l'appartenance à un groupe particulièrement exposé (professionnel(le)s du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, consommateurs de drogues par injection), restent encore limitées. Néanmoins, des progrès ont été réalisés en Europe et en Asie centrale dans la collecte systématique de données concernant l'utilisation du traitement antirétroviral en fonction du mode de transmission de l'infection, notamment en fonction de la consommation de drogues par injection.

De telles avancées revêtent une importance particulière dans cette région où, d'une part, la consommation de drogues par injection joue un rôle clé dans les dynamiques épidémiologiques et, d'autre part, les données scientifiques indiquent que la fourniture d'un traitement antirétroviral aux consommateurs de drogues par injection apporte des avantages pour la santé tant au niveau individuel qu'à l'échelle de la population (16). Ces données sont également importantes pour identifier les lacunes dans la couverture de ces services et pour concevoir des politiques visant à assurer un accès équitable au traitement de l'infection à VIH. En utilisant les chiffres et les données de surveillance du VIH (déclaration des cas) obtenues à partir de programmes de traitement antirétroviral, le Bureau régional OMS de l'Europe a également mené une évaluation pour déterminer le degré avec lequel les consommateurs de drogues par injection ont accès au traitement antirétroviral dans la région et la manière dont la situation a évolué au fil du temps.

D'après les données collectées entre 2002 et 2010 par le biais de l'établissement de rapports annuels normalisés, les progrès accomplis en vue d'assurer aux consommateurs de drogues par injection un accès au traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen de la région ont été inégaux.

En comparant pour 2002 la proportion de cas d'infection à VIH liés à la consommation de drogues par injection avec la proportion correspondante de consommateurs de drogues par injection recevant

un traitement antirétroviral, 71 % des cas déclarés de personnes vivant avec le VIH ont acquis cette infection par le biais de la consommation de drogues par injection, alors que seulement 20 % des personnes recevant un traitement antirétroviral étaient des

consommateurs de drogues par injection¹. En 2005 et 2006, dans respectivement 21 et 23 pays disposant de données, les consommateurs de drogues par injection représentaient 77 % des cas déclarés et 26 % des bénéficiaires d'un traitement antirétroviral, proportion qui a chuté à 22 % en 2010 dans les 19 pays ayant transmis des données cette année-là.

Tableau 6.9 Proportion des consommateurs de drogues par injection recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen, en Europe et en Asie centrale, de 2002 à 2010

	2002	2005	2006	2010 ^a
Nombre de pays ayant transmis des données parmi 26 pays à revenu faible ou moyen ayant fait l'objet d'une enquête	17	21	23	19
Cas d'infection à VIH chez les consommateurs de drogues par injection (% du nombre cumulé de cas d'infection à VIH déclarés et pour lesquels la voie de transmission est connue)	46 052 (71 %)	221 849 (77 %)	249 982 (77 %)	185 565 (62 %)
Consommateurs de drogues par injection recevant un traitement antirétroviral (% du nombre total de personne recevant un traitement antirétroviral déclarées et pour lesquelles la voie de transmission est connue)	130 (20 %)	4 670 (26 %)	5 275 (26 %)	7 646 (22 %)

a Données tirées de la déclaration des cas d'infection à VIH en 2009.

Les échantillons ne pouvant être comparés (du fait notamment d'une absence de données provenant de la Fédération de Russie pour les années 2002 et 2010), il n'est pas possible de déterminer des tendances de manière statistique. Toutefois, ces données suggèrent que la plupart des personnes qui sont contaminées par le VIH dans les pays ayant transmis des données sont des consommateurs de drogues par injection et que, malgré cela, leurs besoins en matière de traitement restent loin d'être satisfaits (tableau 6.9). Ces conclusions sont corroborées par des travaux de recherche récents qui montrent que dans cinq pays – Chine, Malaisie, Fédération de Russie, Ukraine et Viet Nam – les consommateurs de drogues par injection comptaient en 2008 pour 67 % du nombre cumulé de personnes vivant avec le VIH, mais pour seulement 25 % du nombre cumulé de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral (17).

¹ On ne dispose pas d'estimations complètes des besoins en matière de traitement antirétroviral pour les consommateurs de drogues par injection.

Références

1. Souteyrand Y et al. State of the epidemic – HIV epidemiology: progress, challenges and human rights implications. *18^{ème} Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18–23 juillet 2010* (Résumé SUPL0104).
2. Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles (IST). *Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/most_at_risk/fr/index.html, consulté en ligne le 8 février 2012).
3. OMS, ONUDC et ONUSIDA. *WHO, UNODC and UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/hiv/idu/target_setting/en, consulté en ligne le 8 février 2012).
4. Cook C, ed. *The global state of harm reduction 2010: key issues for broadening the response*. Londres, Harm Reduction International, 2010 (http://www.ihra.net/files/2010/06/29/GlobalState2010_Web.pdf, consulté en ligne le 8 février 2012).
5. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010*. Genève, ONUSIDA, 2010 (http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_fr.htm, consulté en ligne le 8 février 2012).
6. Mathers BM et al. HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.
7. Mathers B, Degenhardt L, Sabin M. *Context and progress of the global response to HIV among people who inject drugs*. Melbourne, Burnet Institute, 2011 (http://www.who.int/hiv/topics/idu/idu_monograph2011.pdf, consulté en ligne le 8 février 2012).
8. *Context and progress of the global response to HIV among people who inject drugs*. Vienne, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2011 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/IDU_Monograph_2011_UNAIDS_ver0_1web.pdf, consulté en ligne le 8 février 2012).
9. OMS et ONUSIDA. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/index.html, consulté en ligne le 8 février 2012).
10. *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: an application of selected human rights principles*. Manille, Bureau régional OMS du Pacifique occidental, 2009 (http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf, consulté en ligne le 8 février 2012).
11. Beyrer et al. Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs. *Lancet*, 2010, 376:551–563.
12. Baral S et al. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000–2006: a systematic review. *PLoS Medicine*, 2007, 4(12): e339.
13. *Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les personnes transgenres : recommandations pour une approche de santé publique – 2011*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/fr/index.html, consulté en ligne le 8 février 2012).
14. *Guidance for the prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/populations/msm_guidance_2010/en, consulté en ligne le 8 février 2012).
15. Beyrer C et al. Modeling men who have sex with men: populations, HIV transmission, and intervention impact. In: *Policy and human rights: the global HIV epidemics among men who have sex with men, 2011*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2011 (<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/MSMReport.pdf>, consulté en ligne le 8 février 2012).
16. Mocroft A et al. A comparison of exposure groups in the EuroSIDA study: starting highly active antiretroviral therapy (HAART), response to HAART and survival. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1999, 22:369–378.
17. Wolfe D et al. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*, 2010, 376:335–366.

Étendre les services de lutte contre le VIH pour les femmes et les enfants : vers l'élimination de la transmission mère-enfant et l'amélioration de la santé maternelle et infantile dans le contexte de l'infection à VIH

En 2010, l'engagement politique des pays s'est intensifié pour étendre les services de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH pour les femmes et les enfants. Le plan mondial visant à éliminer les nouvelles infections par le VIH chez l'enfant et à améliorer la santé maternelle fixe des objectifs chiffrés ambitieux pour 2015, à savoir une réduction de 90 % des nouvelles infections par le VIH chez l'enfant, une réduction de 50 % des décès liés au VIH chez les femmes au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum, et une réduction à moins de 5 % de la transmission mère-enfant.

En 2010, un conseil et un dépistage du VIH ont été réalisés chez 35 % des femmes enceintes dans les pays à revenu faible ou moyen, contre 26 % en 2009. En Afrique subsaharienne, région où l'on retrouve le plus grand nombre de femmes enceintes séropositives, la couverture a augmenté pour passer de 35 % à 42 %, les pays d'Afrique orientale et australe connaissant des taux d'augmentation particulièrement élevés (de 52 % à 61 %).

En 2010 la couverture des femmes enceintes et recevant les schémas prophylactiques les plus efficaces (à l'exclusion de la névirapine en dose unique) pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH est estimée à 48 % [44-54 %].

Parmi les 22 pays prioritaires pour l'élimination de la transmission mère-enfant, cinq ont atteint l'objectif fixé par la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) consacrée au VIH/sida, c'est-à-dire fournir des antirétroviraux (hors névirapine à dose unique) pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à 80 % des femmes enceintes séropositives qui en ont besoin. Il s'agit de l'Afrique du Sud, du Botswana, du Lesotho, de la Namibie, et du Swaziland.

Sur le nombre estimé de 1,49 million de nourrissons nés de mères vivant avec le VIH, 42 % [38-48 %] ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH de leur mère, contre 32 % [29-36 %] en 2009.

La couverture des interventions liées au VIH pour les nourrissons et les enfants reste faible même si elle connaît une amélioration :

- Dans les 65 pays ayant transmis des données, un test VIH a été réalisé au cours des deux premiers mois de vie chez seulement 28 % [24-30 %] des nourrissons nés de mères séropositives.
- Seuls 23 % [19-24 %] des enfants exposés au VIH ont reçu en 2010 une prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois qui ont suivi leur naissance (87 pays ayant transmis des données).
- L'estimation du nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral a augmenté, passant de 354 600 en 2009 à 456 000 en 2010, mais la couverture des enfants ayant besoin de ce traitement, au nombre de 2 020 000 [1 800 000-2 300 000] selon les estimations, est seulement de 23 % [20-25 %], bien inférieure à la couverture du traitement antirétroviral chez l'adulte qui est de 51 % [48-54 %].

Au cours de l'année passée, un consensus a vu le jour au niveau mondial sur la nécessité et la faisabilité de réduire sensiblement le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH et d'améliorer la santé des mères et des enfants afin d'accélérer les progrès pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement,¹ notamment l'objectif 6 concernant l'infection à VIH et le sida. Ensemble, les lignes directrices de l'OMS mises à jour en 2010 sur l'utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson (1) et le renouvellement de l'engagement à offrir des services complets de prévention de la transmission mère-enfant définissent différentes approches pour réduire considérablement les taux de transmission du VIH, rendant réalisable l'objectif d'élimination de la transmission mère-enfant, même en situation de ressources limitées.² En juin 2010, sous la direction des Directeurs exécutifs de l'UNICEF et de l'ONUSIDA ainsi que du Directeur général de l'OMS, les organismes du système des Nations Unies et les principaux partenaires mondiaux se sont engagés à œuvrer pour éliminer la transmission mère-enfant du VIH à l'horizon 2015. En juin 2011, lors d'une réunion de haut niveau sur le sida de l'Assemblée générale des Nations Unies, les dirigeants mondiaux ont également approuvé cet objectif en adoptant la Déclaration politique sur le VIH/sida (3).

7.1 Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie

Lors de la réunion de haut niveau sur le sida de l'Assemblée générale des Nations Unies en juin 2011, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies a lancé le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie (4) ; ce plan décrit les actions clés nécessaires tant au niveau mondial que national pour obtenir rapidement des avancées en vue de réaliser ses objectifs.³ Le Plan mondial (4) reconnaît la nécessité de mieux intégrer les interventions liées au VIH aux programmes plus larges de santé maternelle,

1 Objectif 4 du Millénaire pour le développement : réduire la mortalité infantile (avec pour objectif chiffré la réduction de deux tiers, entre 1990 et 2015, du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans) ; objectif 5 du Millénaire pour le développement : améliorer la santé maternelle (avec pour objectifs chiffrés la réduction de trois quarts du taux de mortalité maternelle et de parvenir à rendre l'accès à la médecine reproductive universel d'ici 2015).

2 Lors d'une consultation technique organisée à Genève en novembre 2010 par l'OMS et ses partenaires, l'élimination de la transmission mère-enfant a été définie par « un taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant de moins de 5 % au niveau de la population et une réduction de 90 % des infections chez les jeunes enfants d'ici 2015, par rapport aux chiffres de base de 2009 » (2).

3 Une cellule de réflexion mondiale de haut niveau, co-présidée par le Directeur exécutif de l'ONUSIDA et le Coordonnateur pour les États-Unis d'Amérique de la lutte mondiale contre le sida, a été créée pour soutenir l'élaboration d'un plan mondial afin de structurer l'engagement des partenaires en vue de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. Cette cellule de réflexion mondiale comprend 25 pays et 30 organisations de la société civile, organisations du secteur privé, réseaux de personnes vivant avec le VIH et organisations internationales.

Encadré 7.1

Les 22 pays prioritaires pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants

Afrique du Sud
Angola
Botswana
Burundi
Cameroun
Côte d'Ivoire
Éthiopie
Ghana
Inde
Kenya
Lesotho
Malawi
Mozambique
Namibie
Nigéria
Ouganda
République Démocratique du Congo
République-Unie de Tanzanie
Swaziland
Tchad
Zambie
Zimbabwe

Encadré 7.2

Actions recommandées du Plan mondial à mettre en œuvre dans les pays pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie : plan en 10 points

- 1 Mener une évaluation stratégique des principaux obstacles.
- 2 Concevoir ou revoir le plan national, et le chiffrer.
- 3 Évaluer les ressources disponibles et concevoir une stratégie pour répondre aux besoins non satisfaits.
- 4 Mettre en œuvre et créer une demande pour un ensemble complet et intégré d'interventions et de services de prévention et de traitement de l'infection à VIH.
- 5 Renforcer les synergies et l'intégration adaptées au contexte entre, d'une part, le traitement et la prévention de l'infection à VIH et, d'autre part, les services de santé qui s'y rapportent, pour améliorer les résultats en matière de santé de la mère et de l'enfant.
- 6 Améliorer l'approvisionnement et l'utilisation des ressources humaines pour la santé.
- 7 Évaluer et améliorer l'accès aux médicaments et outils diagnostiques essentiels, et renforcer le fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement.
- 8 Renforcer l'implication des communautés et la communication.
- 9 Améliorer la coordination du soutien technique pour améliorer la prestation de services.
- 10 Améliorer l'évaluation des résultats, la qualité des données et l'évaluation de l'impact.

Source : Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie (4).

Encadré 7.3

Initiatives régionales en vue d'éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants

Région	Principales caractéristiques de chaque initiative régionale
Europe	<ul style="list-style-type: none">Strategic Framework for the Prevention of HIV Infections in Infants in Europe (Le cadre stratégique pour la prévention de l'infection à VIH chez les nourrissons en Europe) (6) fixe des objectifs chiffrés pour empêcher les enfants de contracter le VIH, avec un engagement politique de haut niveau.Le plan régional (6) soutient la couverture universelle du dépistage du VIH pendant la grossesse et favorise l'accès à des interventions pour prévenir la transmission mère-enfant chez les consommatrices de drogues par injection.Le premier rapport régional de situation en vue de l'élimination de la transmission mère-enfant a été publié en janvier 2011 (10).Le Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 (7) vise, à l'horizon 2015, à réduire la transmission verticale à moins de 2 % chez les enfants de populations n'allaitant pas au sein, et à moins de 5 % chez les enfants allaités au sein.
Amériques	<ul style="list-style-type: none">Une double initiative pour éliminer la syphilis congénitale et la transmission mère-enfant du VIH a été adoptée en 2009 (11).Une stratégie régionale de suivi surveillance a été publiée en 2010 (8).Le premier rapport de situation doit sortir prochainement (12).
Asie-Pacifique	<ul style="list-style-type: none">Une double initiative d'élimination a été lancée en août 2011, à savoir <i>Elimination of new paediatric HIV infections and congenital syphilis in Asia-Pacific 2011-2015: conceptual framework and monitoring and evaluation guide</i> (Élimination des nouvelles infections par le VIH et de la syphilis congénitale chez l'enfant en Asie-Pacifique 2011-2015 : cadre conceptuel et guide de surveillance et d'évaluation (9)).Le plan régional soutient une approche systématique, commune à cette double élimination, et décrit une stratégie que les programmes de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles et les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile de la région peuvent adapter afin d'élaborer des plans opérationnels spécifiques à chaque pays.
Afrique	<ul style="list-style-type: none">Cette région est la plus lourdement touchée par l'infection à VIH.Un cadre stratégique régional pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir les mères en vie a été revu en octobre 2011 ; et le plan régional pour des ripostes coordonnées par les agences pour soutenir la mise en œuvre du cadre stratégique a été finalisé.Le plan régional pour l'Afrique orientale et australe sera lancé en décembre 2011.

néonatale et infantile afin d'étendre la couverture des interventions, assurer la pérennité de la prestation de services et, au bout du compte, améliorer la survie des mères et des enfants dans les pays lourdement touchés par l'infection à VIH. Dans le Plan mondial, 22 pays (l'Inde et 21 pays d'Afrique subsaharienne) ont été identifiés comme pays prioritaires pour recevoir un soutien renforcé (encadrés 7.1 et 7.2) ; à eux seuls, ces pays comptent près de 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH (5).

7.1.1 Initiatives régionales en vue d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants

Des initiatives régionales ont été lancées pour galvaniser les efforts et obtenir rapidement des avancées en vue de réaliser les objectifs fixés dans le Plan mondial (encadré 7.3). Un plan régional a déjà été publié dans la Région européenne (6,7), la Région des Amériques (8) et la Région Asie-Pacifique (9) ; un plan similaire est actuellement en cours d'élaboration dans la Région africaine (encadré 7.3). Chaque initiative reconnaît la spécificité de l'épidémie et des difficultés auxquelles il faut faire face dans la région pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants. Certaines ont également été intégrées aux initiatives visant à éliminer la syphilis congénitale (encadré 7.7).

7.1.2 Suivi de l'état d'avancement du Plan mondial

La responsabilisation et le partage de la responsabilité entre les différents niveaux (communauté, pays,

région et monde) pour l'obtention de résultats entre les différents niveaux (communauté, pays, région et monde) sont des éléments centraux du Plan mondial (4), lequel intègre les quatre fronts de l'approche globale préconisée par les Nations Unies pour réduire la transmission mère-enfant du VIH (13) :

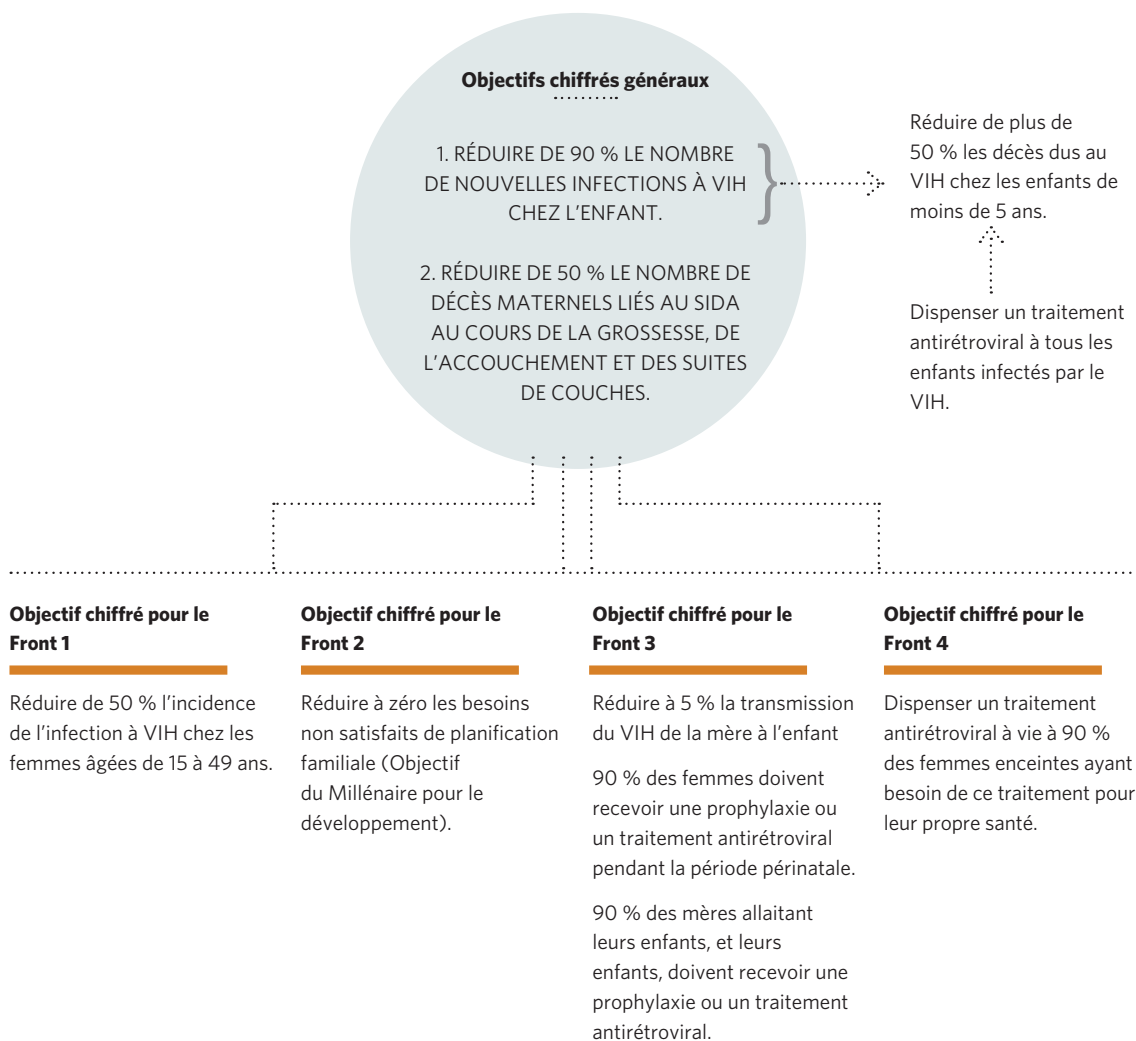
1. prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer ;
2. prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH ;
3. prévention de la transmission du VIH des femmes enceintes vivant avec le VIH à leurs nourrissons ; et
4. fourniture d'un traitement, de soins et d'un soutien appropriés aux mères vivant avec le VIH, à leurs enfants et à leurs familles.

Le Plan mondial (4) comprend 10 objectifs chiffrés ambitieux pour 2015 afin de permettre le suivi des avancées obtenues en vue de réaliser ces objectifs (figure 7.1).

Ce présent rapport donne les données de référence au niveau mondial qui seront utilisées pour le suivi des avancées obtenues en vue de remplir les objectifs du Plan mondial (les données sur les 22 pays prioritaires se trouvent dans l'annexe 7). Chaque année, des données mises à jour seront fournies pour permettre des comparaisons avec ces données de référence (encadrés 7.4 et 7.5).

Figure 7.1 Cadre de suivi du Plan mondial

OBJECTIFS CHIFFRÉS ET INDICATEURS



Source : Compte à rebours jusqu'à zéro - Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie - 2011-2015 (4).

Encadré 7.4

Indicateurs, données de référence et objectifs chiffrés du Plan mondial

Le tableau 7.1 résume les principaux indicateurs inclus dans le Plan mondial (4). Pour chaque indicateur, il présente la valeur de référence pour l'année 2009, l'objectif chiffré à atteindre en 2015 et les données de 2010 permettant de mesurer les avancées déjà obtenues dans les pays à revenu faible ou moyen.

Tableau 7.1 Suivi du plan mondial : principaux indicateurs, valeurs de référence pour l'année 2009, objectifs chiffrés à atteindre en 2015 et avancées obtenues en 2010 dans les pays à revenu faible ou moyen

Domaine devant faire l'objet d'un suivi	2009	2010	Objectif chiffré pour 2015
Nombre de femmes vivant avec le VIH qui accouchent	1 490 000 ^a	1 490 000	743 000 ^b
Objectif chiffré global : Nombre de nouvelles infections par le VIH chez l'enfant	430 000	390 000	<43 000
Objectif chiffré global : Décès dus au sida chez les femmes au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	42 000 ^c	Pas disponible	21 000
Objectif chiffré pour le Front 1 : Nouvelles infections à VIH chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	1 070 000 ^a	1 050 000	535 000
Objectif chiffré pour le Front 2 : Besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	11 % ^d	Pas disponible	0
Objectif chiffré 3.1 pour le Front 3 : Taux de transmission mère-enfant du VIH	29 % ^a	26 %	< 5 %
Objectif chiffré 3.2 pour le Front 3 : Couverture maternelle en antirétroviraux (prophylaxie et traitement)	48 % ^e (y compris la névirapine en dose unique)	48 % ^f (hors névirapine en dose unique)	90 %
Objectif chiffré 3.3 pour le Front 3 : Couverture antirétrovirale chez les femmes allaitant au sein	Pas disponible ^g	Pas disponible	90 %
Objectif chiffré pour le Front 4 : Couverture du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes vivant avec le VIH remplissant les critères pour recevoir ce traitement	Pas disponible	34 %	90 %
Objectif chiffré pour l'enfant : Décès dus au VIH chez les enfants de moins de cinq ans	162 000 ^h	Pas disponible	<81 000
Objectif chiffré pour l'enfant : Couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant	21 %	23 %	100 %

a Estimations actuelles pour l'année 2009, ONUSIDA.

b Une réduction de 50 % du nombre d'accouchements chez les femmes enceintes vivant avec le VIH associée à une réduction de la transmission mère-enfant de 27 % à 5 % permettrait d'obtenir une réduction de 90 % du nombre d'enfants nouvellement infectés. Ceci ne constitue pas un objectif chiffré officiel.

c Valeurs pour l'année 2008 (14).

d Estimation pour l'année 2009 pour les pays à revenu faible ou moyen (15,16). Le chiffre de référence est de 25 % en Afrique subsaharienne.

e Les données de couverture comprennent la névirapine en dose unique seule, qui n'est plus recommandée par l'OMS (17).

f Les données de couverture ne tiennent compte que des schémas les plus efficaces suivant les recommandations de l'OMS (hors névirapine en dose unique).

g Les données complètes ne sont pas encore disponibles, la fourniture d'antirétroviraux au cours de l'allaitement au sein n'étant une recommandation internationale que depuis l'année 2010.

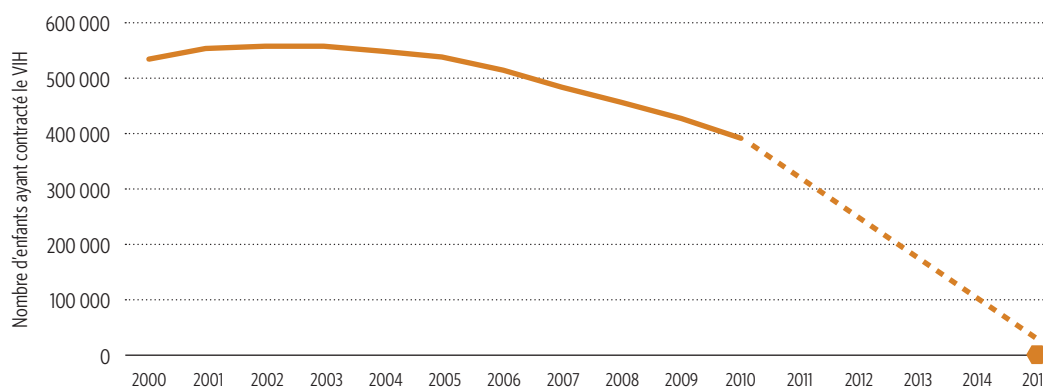
h Source : *Statistiques sanitaires mondiales 2011* (18).

Encadré 7.5

Atteindre l'objectif de réduction de 90 % du nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH exige une action concertée sur l'ensemble des quatre fronts

La figure 7.2 montre l'estimation du nombre d'enfants qui ont contracté le VIH du fait de la transmission mère-enfant entre 2000 et 2009. L'objectif chiffré du Plan mondial (4) est la réduction de 90 % du nombre d'enfants qui contractent le VIH, pour passer de 429 000 en 2009 (valeur de référence) à 43 000 en 2015.

Figure 7.2 Estimation du nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH dans les pays à revenu faible ou moyen, 2000–2015



La modélisation mathématique montre que l'élimination de la transmission mère-enfant nécessite la mise en œuvre simultanée des quatre fronts de l'approche globale des Nations Unies pour prévenir la transmission mère-enfant (19).

7.2 Prévention de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer

Si l'on veut atteindre les deux objectifs ambitieux du Plan mondial, à savoir réduire le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH de 90 % et réduire de 50 % le nombre de mères décédées de causes liées au sida, il est essentiel de faire en sorte que les femmes en âge de procréer ne contractent pas le VIH.

Dans le Plan mondial, le principal objectif chiffré pour le Front 1 est la réduction de 50 % du nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans qui contractent le VIH à l'horizon 2015. Pour être atteint, cet objectif nécessite l'association de stratégies de prévention convergentes, solides et ciblées. Le fait de s'assurer que les femmes restent séronégatives permettra également d'améliorer la survie des mères. Dans le monde, l'infection à VIH est une cause majeure de décès chez les femmes en âge de procréer et contribue largement au décès des mères (20).

Selon les estimations, le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH en 2010 était de 1 490 000 [1 300 000–1 600 000]. Ce nombre est demeuré relativement stable depuis 2005. Bien que le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH ait baissé dans le monde, l'estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH n'a que légèrement diminué en Afrique subsaharienne, région comptant le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le

VIH, pour passer de 1 400 000 [1 300 000–1 600 000] en 2005 à 1 360 000 [1 200 000–1 500 000] en 2010. Dans plusieurs pays prioritaires, l'incidence de l'infection à VIH a baissé de 50 % ou plus chez l'adulte entre 2001 et 2009, notamment au Botswana, au Zimbabwe, en Côte d'Ivoire et en Namibie (21).

Le risque de contracter le VIH est particulièrement élevé chez les jeunes femmes. En 2010, environ 3,2 millions de femmes âgées de 15 à 24 ans vivaient avec le VIH, dont plus de 1,1 million en Afrique du Sud et au Nigéria (chiffres de 2009). Les données montrent qu'en Afrique subsaharienne, la prévalence de l'infection à VIH chez les jeunes femmes est beaucoup plus élevée que chez les jeunes hommes: en 2010, 71 % des personnes âgées de 15 à 24 ans vivant avec le VIH étaient des femmes (22) (chapitre 2). Pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez l'enfant, il est donc nécessaire de s'assurer que les services de prévention de cette infection atteignent les jeunes femmes et de faire en sorte que les adolescentes restent séronégatives.

7.2.1 Stratégies de prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer

Les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH mis en œuvre dans le contexte des services de santé maternelle, néonatale et infantile représentent un point d'entrée important pour fournir des informations sur la prévention de l'infection à VIH aux femmes en âge de procréer. En permettant

qu'un plus grand nombre de femmes de la population générale en âge de procréer, ainsi qu'un nombre croissant de leurs partenaires masculins, connaissent leur statut par rapport au VIH, le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire ainsi que le conseil et le dépistage du VIH pour les couples (fournis dans le cadre des programmes de prévention de la transmission mère-enfant) contribuent de façon importante à la prévention primaire (23). Des données montrant un taux élevé de séroconversion au VIH pendant la grossesse et le post-partum immédiat (24), il est donc particulièrement important que les femmes enceintes séronégatives reçoivent un conseil de prévention de cette infection en début de grossesse. Parmi les autres interventions de prévention de l'infection à VIH reposant sur des données factuelles, on peut citer : la communication pour le changement social et le changement de comportements ; l'abstinence sexuelle et l'abstinence de toute consommation de drogues par injection ; l'utilisation du préservatif ; la circoncision masculine médicale ; la réduction des risques ; et le traitement antirétroviral (qui constitue un domaine émergent) (22).

Une première étape essentielle pour réduire le nombre de personnes qui contractent le VIH est de veiller à ce que chacun ait des connaissances complètes et correctes sur la façon de prévenir la transmission de cette infection. En Afrique subsaharienne, région qui comptait 74 % du nombre de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui ont contracté le VIH dans le monde en 2010, seulement 26 % (22) des jeunes femmes avaient des connaissances complètes et correctes sur la prévention de l'infection à VIH, contre 33 % des jeunes hommes. Dans cette région, cette proportion est plus élevée en Afrique orientale et australe (34 %) et plus faible en Afrique occidentale et centrale (20 %).

Le nombre de personnes ayant des connaissances complètes sur la prévention de l'infection à VIH est généralement insuffisant dans l'ensemble de la région, mais plusieurs pays prioritaires pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants ont fait des progrès importants dans ce domaine chez les femmes âgées de 15 à 24 ans. Des améliorations ont ainsi été observées au Mozambique, où la proportion des femmes de ce groupe d'âge ayant des connaissances complètes est passée de 20 % (2003) à 36 % (2009) ; au Kenya, passant de 34 % (2003) à 48 % (2008-2009) ; et au Lesotho, passant de 26 % (2004) à 39 % (2009) (25). Les jeunes femmes ayant des connaissances complètes sur la prévention de l'infection à VIH sont moins nombreuses en Asie (17 % en Asie du Sud et 24 % en Asie de l'Est et dans le Pacifique) qu'en Afrique subsaharienne.

Dépistage du VIH

Les consultations prénatales offrent aux femmes enceintes et à leurs partenaires une occasion unique de bénéficier d'un conseil et d'un dépistage du VIH. Ceci est particulièrement important en Afrique subsaharienne, où environ la moitié des personnes vivant avec le VIH sont dans une relation sexuelle à long terme avec un partenaire séronégatif (26). Dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant, le conseil et le dépistage pour les couples représentent une stratégie importante pour atteindre les partenaires masculins et leur proposer un conseil et un dépistage du VIH, aider les femmes et les hommes à rester séronégatifs et réduire le risque de transmission dans les couples où l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif. Le conseil et le dépistage pour les couples peuvent également permettre d'améliorer l'observance du traitement antirétroviral et des interventions de prévention de la transmission mère-enfant (chapitre 4) (27).

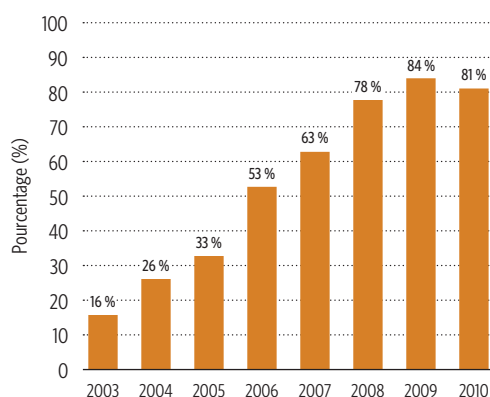
Encadré 7.6

L'implication des partenaires masculins est un élément essentiel de la stratégie élaborée par le Rwanda pour éliminer la transmission mère-enfant du VIH

En adoptant une approche centrée sur la famille pour offrir des services complets de prévention de la transmission mère-enfant, le Rwanda a été en mesure d'améliorer sensiblement la participation des partenaires masculins dans ces activités de prévention ; ces ajustements s'inscrivent dans le cadre de la transformation du système de santé rwandais pour prendre en compte les spécificités de chacun des deux sexes. Les stratégies nationales encourageant les partenaires masculins à participer au conseil et au dépistage du VIH dans les services de consultations prénatales ont été soutenues par un engagement politique de haut niveau et donnent de bons résultats. En 2010, 81 % des femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH dans le cadre du programme national de prévention de la transmission mère-enfant avaient un partenaire masculin qui avait également fait un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois ; nombre d'entre eux avaient fait un test de dépistage avec leur partenaire à l'occasion des consultations prénatales (figure 7.3).

Il est également essentiel d'examiner comment les stratégies de dépistage du VIH dans les services de soins prénatals peuvent répondre au mieux aux besoins des jeunes qui, bien qu'ayant une activité sexuelle, ne sont souvent pas dans une relation stable. Dans de nombreux pays, les données sur les consultations prénatales ne sont actuellement pas ventilées par âge, ce qui limite la capacité à déterminer la proportion de jeunes qui ont accès au conseil et au dépistage du VIH dans ces services.

Figure 7.3 Conseil et dépistage des partenaires masculins lors des consultations prénatales au Rwanda, 2003-2010



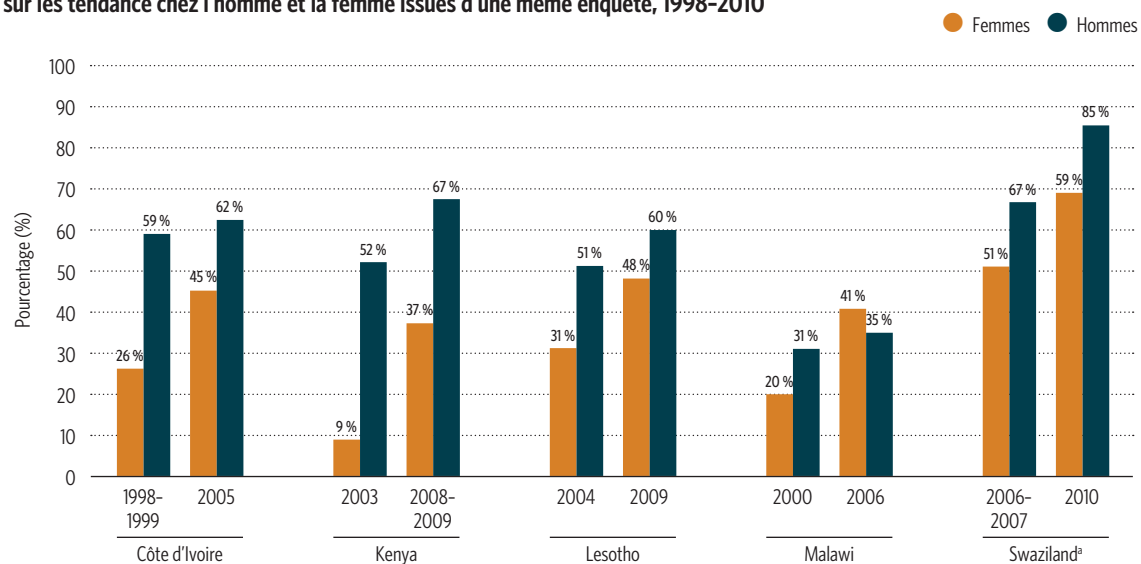
Bien que le dépistage pour les couples soit souvent encouragé en consultation prénatale, ce service est en général encore peu utilisé par les partenaires masculins. Parmi les 37 pays ayant transmis des données sur l'utilisation des services de conseil et dépistage du VIH par les partenaires masculins des femmes suivies en consultation prénatale, 20 pays ont signalé un niveau d'utilisation inférieur à 5 % ; le niveau d'utilisation atteint cependant 81 % au Rwanda (encadré 7.6).

Exemples de méthodes de prévention primaire

Dans certains pays à forte prévalence, l'utilisation du préservatif a augmenté chez les femmes âgées de 15 à 24 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel durant l'année écoulée (figures 7.4). Cependant, le taux d'utilisation du préservatif chez les jeunes est encore généralement faible dans l'ensemble des régions, des taux plus élevés étant observés chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes.

Sur la base de nouvelles études publiées en 2010 et 2011 (tableau 3.4), deux nouveaux outils importants sont venus s'ajouter à l'éventail des technologies ayant prouvé leur efficacité en matière de prévention. Il a été démontré que le traitement antirétroviral peut réduire considérablement le risque de transmission du VIH, et que l'application locale ou la prise par voie orale d'une prophylaxie antirétrovirale pré-exposition, notamment d'un microbicide à base d'antirétroviraux à l'usage des femmes, peut diminuer le risque de contamination par le VIH chez les personnes séronégatives. Ces méthodes (chapitre 3) devraient considérablement renforcer la prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer et réduire davantage le nombre de nouvelles infections par le VIH dans ce groupe.

Figure 7.4 Pourcentage de personnes âgées de 15 à 24 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, dans certains pays qui disposaient de données sur les tendances chez l'homme et la femme issues d'une même enquête, 1998-2010



Sources : MEASURE DHS : all surveys by country [site web] (25). Enquêtes démographiques et sanitaires : Côte d'Ivoire 1998-1999 ; Kenya, 2003 et 2008-2009 ; Lesotho, 2004 et 2009 ; Malawi, 2000 ; Swaziland, 2006-2007. AIDS Indicator Surveys : Côte d'Ivoire, 2005.

Enquête à indicateurs multiples [site web] (28). Enquête à indicateurs multiples : Malawi, 2006 ; Swaziland, 2010.

a Les données sur les femmes du Swaziland provenant de l'Enquête démographique et sanitaire menée en 2006-2007 (25) sont basées sur des dénominateurs de petite taille (le plus souvent entre 25 et 49 cas).

Encadré 7.7

Vers l'élimination de la syphilis congénitale

Non traitée, la syphilis au cours de la grossesse conduit à une issue défavorable chez plus de la moitié des femmes ayant une maladie active, avec notamment perte fœtale précoce, mortalité, prématurité, faible poids de naissance, décès néonatal ou infantile et maladie congénitale chez le nouveau-né. Tout comme l'infection à VIH, la syphilis au cours de la grossesse est généralement transmise par voie sexuelle, et son dépistage en début de grossesse avec traitement immédiat des femmes chez qui le résultat du test s'avère positif sont des interventions efficaces et qui offrent un bon rapport coût-efficacité, même en cas de faible prévalence (29). Le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes et leurs partenaires est également une mesure importante pour aider à la prévention primaire de l'infection à VIH, la syphilis active pouvant augmenter le risque de transmettre ou de contracter le VIH (30,31). Grâce à une approche intégrée et à l'utilisation d'une nouvelle technologie de dépistage rapide de la syphilis, le dépistage conjoint de la syphilis et du VIH peut désormais être proposé dans presque tous les établissements offrant des services de soins prénatals.

L'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA et d'autres partenaires soutiennent l'initiative mondiale visant à éliminer la syphilis congénitale. Les groupes cibles et les plateformes de prestation de services étant les mêmes, des initiatives intégrées pour éliminer à la fois la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis ont été élaborées dans la Région des Amériques, la Région Asie-Pacifique ainsi que dans plusieurs pays (8,9).

Selon les estimations les plus récentes (2008), le nombre de femmes enceintes présentant une syphilis active était d'environ 1,9 million. En supposant une couverture moyenne du dépistage de la syphilis et de son traitement au cours de la grossesse, les effets associés à la syphilis ont été estimés comme suit pour 2008 : 300 000 mort-nés ou pertes fœtales précoces, 140 000 décès néonataux, et 380 000 nourrissons prématurés, de faible poids de naissance ou présentant une maladie congénitale (8).

En 2010, 63 pays à revenu faible ou moyen ont transmis des données sur la proportion de femmes vues en consultation prénatale qui ont fait un test de dépistage de la syphilis à leur première visite. Dans ce sous-groupe, 17 pays ont déclaré avoir atteint l'objectif chiffré mondial de réaliser un test de dépistage de la syphilis chez au moins 90 % des femmes vues en consultation prénatale lors de leur première visite (1) (Belize, Chili, Cuba, Fidji, Gabon, Grenade, Guyana, Kiribati, Malaisie, Maurice, Namibie, Oman, Samoa, Seychelles, Sri Lanka, Uruguay et Venezuela [République bolivarienne du]). La couverture médiane du dépistage n'a globalement connu aucune amélioration dans le monde entre 2008 et 2010 (tableau 7.2). Néanmoins, cette couverture médiane s'est améliorée en Amérique latine et dans les Caraïbes (passant de 73 % en 2008 à 80 % en 2010) et en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (passant de 52 % à 78 %). Dans 27 pays d'Afrique subsaharienne ayant transmis des données, la proportion médiane de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis atteignait seulement 59 %. En 2010, huit pays à revenu faible ou moyen ont déclaré ne pas offrir un dépistage systématique de la syphilis lors des consultations prénatales.

Tableau 7.2 Nombre de pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données, proportion médiane de femmes vues en consultation prénatale qui ont fait un test de dépistage de la syphilis à leur première visite et proportion de femmes séropositives pour la syphilis, en 2008 et en 2010^a

Région	% de femmes vues en consultation prénatale qui ont fait un test de dépistage de la syphilis à leur première visite				% de femmes vues en consultation prénatale qui étaient séropositives pour la syphilis			
	2008		2010		2008		2010	
	Nombre ayant transmis des données ^b	Médiane (%)	Nombre ayant transmis des données ^b	Médiane (%)	Nombre ayant transmis des données ^b	Médiane (%)	Nombre ayant transmis des données ^b	Médiane (%)
Afrique du Nord et Moyen-Orient	2	a	4	a	5	0,0 %	3	a
Afrique subsaharienne	19	64 %	27	59 %	30	2,3 %	34	1,6 %
Amérique latine et Caraïbes	14	73 %	20	80 %	14	0,9 %	20	1,3 %
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	7	52 %	12	78 %	14	0,5 %	16	0,5 %
Europe orientale et Asie centrale	9	100 %	c	c	9	0,3 %	2	a
Total	51	78 %	63	68 %	72	1,3 %	75	1,3 %

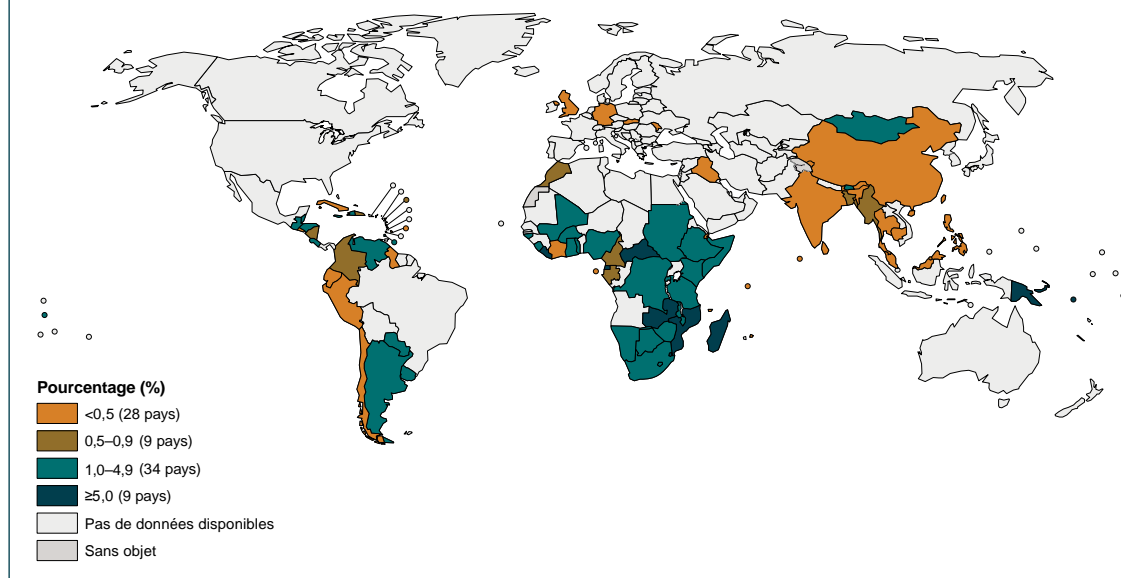
a Les valeurs régionales ne sont calculées que si au moins 5 pays ont transmis des données.

b Nombre de pays à revenu faible ou moyen sollicités pour transmettre des données : 149.

c Cet indicateur ne faisait pas partie des données à fournir concernant l'accès universel en Europe orientale et en Asie centrale pour l'année 2010.

En 2010, 75 pays (sur 149) à revenu faible ou moyen où l'enquête a été menée ont transmis des données sur la prévalence de la syphilis chez les femmes vues en consultation prénatale ; cette année-là, la médiane de la prévalence mondiale était de 1,3 %, avec un pic de 1,6 % en Afrique subsaharienne. Les résultats variaient fortement entre les différentes régions et les différents pays : la Guinée équatoriale, les Îles Salomon, le Libéria, Madagascar, le Mozambique, la Papouasie-Nouvelle Guinée, la République centrafricaine, le Swaziland et la Zambie ont tous signalé un taux de prévalence de la syphilis supérieur à 5 % en consultation prénatale pour l'année 2010 (figure 7.5 et annexe 1).

Figure 7.5 Séropositivité pour la syphilis chez les femmes vues en consultation prénatale selon les données transmises par les pays en 2010



7.3 Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH

Selon les estimations, 80 millions (38 %) des 211 millions de grossesses survenant chaque année dans le monde ne sont pas désirées (32). D'après les données transmises par *World contraceptive use 2011* (15), le taux de besoins non satisfaits en matière de planification familiale dans le monde est estimé à 11 % pour 1,18 milliard de femmes âgées de 15 à 49 ans.¹ On estime que les besoins en matière de planification familiale ne sont pas satisfaits chez 25 % des 128 millions de femmes âgées de 15 à 49 ans vivant en Afrique subsaharienne (mariées ou en concubinage), soit un taux deux fois plus élevé que le taux mondial.

Les grossesses non désirées ont d'importants effets délétères sur la survie et le bien-être des femmes et de leurs enfants. Il a été démontré que la baisse du taux de fécondité total consécutive à l'utilisation de contraceptifs est associée à une diminution allant jusqu'à 15 % du nombre de décès chez les mères par rapport au nombre de décès qui serait observé en l'absence de toute baisse de la fécondité (33). La planification familiale apporte en outre différents

avantages : augmentation de l'épargne et de la productivité familiales, meilleures perspectives d'éducation et d'emploi, amélioration du statut de la femme (15). À son niveau actuel, l'utilisation de la contraception permet d'éviter 188 millions de grossesses non désirées, et par voie de conséquence de diminuer de 112 millions le nombre d'avortements, de 1,1 million le nombre de décès de nouveau-nés et de 150 000 le nombre de décès de mères (34,35).

L'une des cibles des objectifs du Millénaire pour le développement, adoptés par l'ensemble des États Membres des Nations Unies, est d'assurer l'accès universel à la médecine procréative d'ici 2015, y compris à la planification familiale (36). Afin d'accélérer les progrès pour parvenir à cet objectif, le Plan mondial (4) vise également à réduire à zéro d'ici 2015 les besoins non satisfaits en matière de planification familiale (37). Dans ce contexte, la Stratégie mondiale du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la santé de la femme et de enfant et la campagne « HANDtoHAND » (« Main dans la main ») se donnent pour objectif que 100 millions de nouvelles personnes acceptent d'utiliser la planification familiale d'ici 2015 (38).

Les femmes vivant avec le VIH qui connaissent leur séropositivité ont besoin de services de santé sexuelle et génésique pour prendre des décisions éclairées concernant leur vie reproductive future, notamment pour savoir quand consulter afin d'obtenir de l'aide et

¹ On entend par « besoins non satisfaits en matière de planification familiale » le nombre de femmes fécondes et sexuellement actives qui n'utilisent aucune méthode de contraception et qui déclarent ne plus vouloir d'enfants ou vouloir retarder la naissance de leur prochain enfant.

des services pour prévenir les grossesses non désirées. L'utilisation de méthodes contraceptives modernes est un moyen d'un bon rapport coût-efficacité pour prévenir la transmission pouvant survenir lors des grossesses non désirées et un moyen de promouvoir l'espacement des naissances qui est bénéfique pour la santé (39–42).

Une diminution du nombre de grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH signifie que celles-ci auront moins d'enfants, avec pour conséquences une diminution du nombre de nourrissons exposés au VIH et potentiellement vivant avec le VIH (42,43). Les données obtenues par modélisation ont démontré que la transmission mère-enfant du VIH ne peut être éliminée sans diminuer le nombre de grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH (19). Les données au niveau de la population sur l'accès aux services de planification familiale et l'utilisation de ces services au niveau de la population demeurent toutefois limitées s'agissant des femmes vivant avec le VIH (encadré 7.8) ; la plupart de ces données concernent les pratiques de planification familiale chez les femmes en âge de procréer sans être ventilées selon le statut sérologique.

Il est essentiel de remédier aux besoins non satisfaits de toutes les femmes en matière de planification familiale, indépendamment de leur statut sérologique. Partant de ce principe, les services ne doivent donc pas se limiter exclusivement aux femmes vivant avec le VIH. Dans certains pays, les besoins sont néanmoins plus

rarement satisfaits chez les personnes vivant avec le VIH. En Ouganda, une étude récemment publiée (47) a nettement montré que les besoins non satisfaits en matière de planification familiale étaient plus fréquents chez les personnes vivant avec le VIH que chez les personnes séronégatives (75 % contre 34 %). Dans d'autres pays, les besoins non satisfaits sont moins fréquents chez les femmes vivant avec le VIH que chez les femmes séronégatives (encadré 7.8).

Les grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH peuvent accroître à la fois le risque de transmission mère-enfant et le risque d'abandon de nourrissons ; cela est particulièrement vrai chez les femmes marginalisées (comme les consommatrices de drogues par injection et les migrantes en situation illégale) qui n'ont parfois pas accès aux soins prénatals, aux services liés au VIH (comme le traitement antirétroviral ou les services de prévention de la transmission mère-enfant) ou à un avortement pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Du fait d'un faible taux d'utilisation d'une contraception efficace, les consommatrices de drogues par injection sont particulièrement sujettes aux grossesses non désirées.

Une étude menée au cours de la période postnatale chez des femmes vivant avec le VIH en Ukraine (48,49) a mis en évidence les besoins non satisfaits en matière de contraception chez ces femmes : 23 % d'entre elles n'avaient pas prévu leur grossesse la plus récente, 20 % n'utilisaient actuellement pas de méthode de planification familiale (certaines ayant cependant

Encadré 7.8

Besoins en matière de planification familiale chez les femmes vivant avec le VIH

Les récentes enquêtes sur les ménages qui collectent des données sur le statut par rapport au VIH et sur les préférences en matière de fécondité permettent d'estimer les besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les femmes vivant avec le VIH. Ces besoins non satisfaits sont comparés à ceux observés chez les autres femmes, en utilisant les données de six enquêtes récentes (Kenya, Lesotho, Malawi, Swaziland, Zambie et Zimbabwe) qui comprenaient des questions à la fois sur le dépistage du VIH et sur les préférences en matière de fécondité (44–47). L'analyse des données obtenues à partir de ces enquêtes a été limitée aux femmes qui ont déclaré connaître leur statut par rapport au VIH, dans la mesure où il est plus probable qu'elles adaptent leurs préférences en matière de fécondité en fonction leur connaissance de cette information.

Dans cinq de ces six pays, les femmes vivant avec le VIH avaient moins souvent de besoins non satisfaits que les femmes séronégatives. En Zambie, cette différence était statistiquement significative (tableau 7.3).

Dans ces pays, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale dans la population générale sont restés globalement stables ces dernières années, sauf dans deux pays, le Lesotho et le Malawi, où ils ont diminué. Dans chacun de ces deux pays, les besoins non satisfaits étaient inférieurs chez les femmes vivant avec le VIH ayant déclaré connaître leur statut. Des efforts particuliers doivent être faits pour s'assurer que les femmes vivant avec le VIH ont les ressources nécessaires pour satisfaire leurs préférences en matière de fécondité.

Tableau 7.3 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale en fonction du statut sérologique par rapport au VIH, à partir de données provenant d'enquêtes démographiques et sanitaires de six pays

Pays et année de l'enquête	Besoins non satisfaits chez les femmes vivant avec le VIH	Besoins non satisfaits chez les femmes séronégatives	Évolution des besoins non satisfaits au cours du temps pour l'ensemble des femmes
Kenya 2008	21 %	21 %	De 25 % (2003) à 26 % (2008)
Lesotho 2009 ^a	16 %	18 %	De 31 % (2004) à 23 % (2009)
Malawi 2010	18 %	21 %	De 28 % (2004) à 26 % (2010)
Swaziland 2007 ^a	12 %	14 %	Pas de comparaison disponible
Zambie 2007 ^a	14 %	20 %	De 27 % (2002) à 27 % (2007)
Zimbabwe 2006	14 %	8 %	De 13 % (1999) à 12 % (2006)

Sources : calculs réalisés par l'ONUSIDA à partir de données provenant d'Enquêtes démographiques et sanitaires (MEASURE DHS : all surveys by country [site web] (25)) et des Indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement [site web] (36).

a La différence entre les femmes vivant avec le VIH et les femmes séronégatives est statistiquement significative.

déclaré ne pas être sexuellement actives au moment de l'enquête), et 20 % utilisaient une méthode de contraception inefficace (comme le coït interrompu). En outre, le facteur le plus important associé à l'absence d'utilisation d'une contraception postnatale était son manque d'accessibilité économique, en dépit de la politique nationale de fourniture gratuite de contraceptifs.

Par ailleurs, de nombreuses femmes vivant avec le VIH ne connaissent toujours pas leur statut par rapport à cette infection (encadré 7.9). Un grand nombre de consommatrices de drogues par injection ne disposent pas d'information sur leur statut par rapport au VIH ; afin de remédier au problème plus large posé par les nombreuses grossesses non désirées, il est donc nécessaire d'améliorer le suivi et de fournir les interventions clés à l'ensemble des femmes. Le résultat souhaité est d'éliminer les grossesses non désirées, notamment chez les femmes vivant avec le VIH. Pour ce faire, l'une des interventions clés est la planification familiale, fournie dans le cadre de l'accès universel à la santé génésique (20).

Un cadre stratégique a été finalisé pour aider au renforcement des politiques et de la programmation, prévu dans le Plan mondial pour le Front 1 – prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer, en mettant l'accent sur les femmes enceintes et les femmes allaitant au sein – et pour le Front 2 – prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH. Bien que ce cadre se concentre principalement sur le secteur de la santé, il contribue à l'intégration de la santé sexuelle et génésique et des services liés au VIH (en particulier la santé maternelle, néonatale et infantile, la planification familiale et le traitement de l'infection à VIH) et à la mise en place d'une plateforme solide pour la prestation de services fondée sur les droits humains. Une action concertée sur les deux fronts est essentielle pour améliorer la santé des mères et des enfants et éliminer les nouvelles infections par le VIH chez l'enfant.

Encadré 7.9

Connaissance du statut par rapport au VIH chez les femmes enceintes vivant avec le VIH

En 2011, 12 des 22 pays prioritaires pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants ont transmis des données sur les femmes enceintes connues pour être séropositives à leur première consultation prénatale. Elles montrent qu'environ 23 % de ces femmes enceintes vues en consultation prénatale signalaient connaître déjà leur séropositivité avant leur première consultation prénatale, alors que 77 % d'entre elles ont été testées positives lors de cette première consultation. Dans certains pays, 40 % ou plus des femmes enceintes vivant avec le VIH vues en consultation prénatale connaissaient leur statut avant de commencer ces consultations, notamment au Botswana (61 %), en Namibie (49 %), au Swaziland (46 %) et au Lesotho (40 %).

7.4 Prévention de la transmission verticale du VIH et amélioration de la santé des femmes enceintes vivant avec le VIH

7.4.1 Conseil et dépistage du VIH chez les femmes enceintes

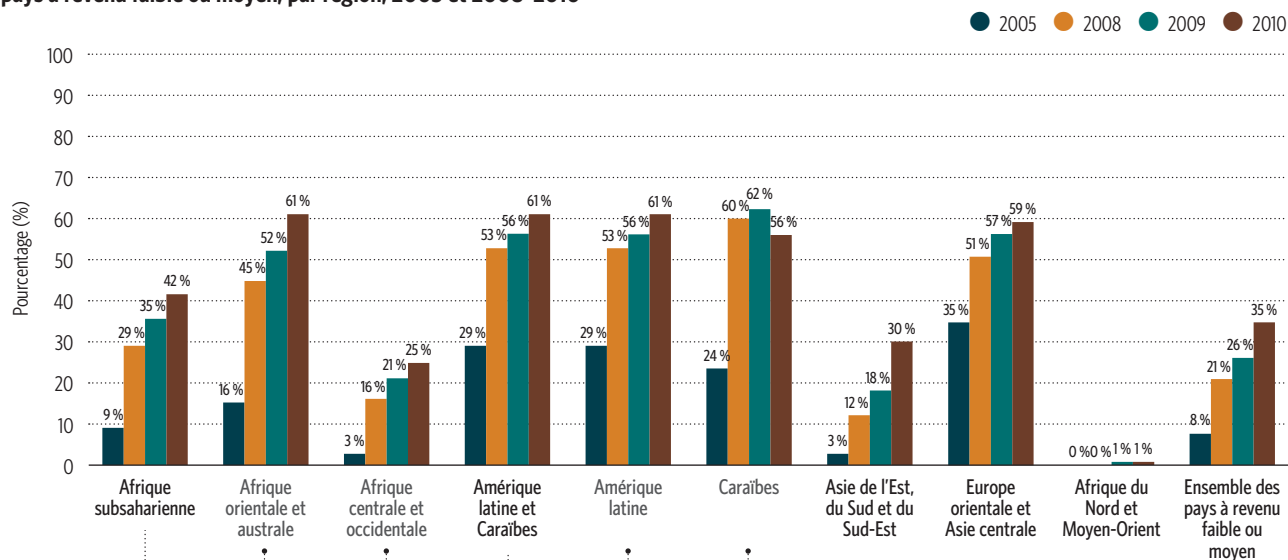
Un conseil et un dépistage du VIH de qualité réalisés en temps opportun sont essentiels pour identifier les femmes enceintes vivant avec le VIH qui peuvent bénéficier de soins pour cette infection et d'interventions pour réduire le risque de la transmission de ce virus de la mère à l'enfant.

Selon les estimations pour 2010, un dépistage du VIH a été réalisé dans les pays à revenu faible ou moyen chez 35 % des 123 millions de femmes enceintes, soit une augmentation par rapport aux 26 % observés en 2009, 21 % en 2008 et 8 % en 2005. Le pourcentage a augmenté dans presque toutes les régions, cette augmentation atteignant environ 10 % ou plus, entre 2009 et 2010, en Afrique orientale et australe (passant de 52 % à 61 %) et en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (passant de 18 % à 30 %). Bien que des progrès significatifs aient été notés dans presque toutes les régions, près de deux tiers des femmes enceintes ne connaissent toujours pas leur statut par rapport au VIH, y compris de nombreuses femmes enceintes vivant avec le VIH qui pourraient bénéficier d'interventions sanitaires supplémentaires, notamment d'une prise en charge à vie de leur infection et d'interventions pour réduire la transmission mère-enfant du virus (figure 7.6).

Selon les estimations, parmi les 43 170 000 femmes enceintes qui ont effectué un test de dépistage du VIH en 2010 dans les pays à revenu faible ou moyen, 1 006 000 (2,3 %) vivaient avec le VIH. Cela représente 68 % du nombre total de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du virus, estimé à 1,49 million. Si certaines activités doivent chercher à identifier le tiers restant de femmes enceintes qui ne connaissent toujours pas leur statut sérologique, d'autres doivent s'assurer que celles qui ont été identifiées comme vivant avec le VIH reçoivent des interventions efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant et soient orientées vers des services de soins et de traitement de cette infection. Les autres actions importantes consistent à fournir une prestation de services efficaces au niveau des structures décentralisées de soins primaires, atteindre les femmes qui n'ont pas accès aux soins prénatals, et parvenir à une couverture universelle du conseil et du dépistage dans les épidémies peu étendues et dans les épidémies concentrées.

Dans certains contextes, la couverture des consultations prénatals reste faible ; augmenter l'accès aux soins prénatals peut être un moyen efficace d'élargir la couverture du conseil et du dépistage pour que les femmes enceintes vivant avec le VIH bénéficient de cette intervention. Là où les femmes n'ont pas accès aux soins prénatals ou ne bénéficient pas d'un dépistage au cours des consultations prénatals, il est recommandé de faire un dépistage au cours du travail

Figure 7.6 Estimation du pourcentage de femmes enceintes qui ont réalisé un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois dans les pays à revenu faible ou moyen, par région, 2005 et 2008-2010



Encadré 7.10

Promouvoir le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire en faveur des femmes enceintes

Le conseil et le dépistage systématiques du VIH pendant la grossesse implique un conseil et un dépistage à l'initiative du prestataire effectué le plus tôt possible pour permettre aux femmes enceintes de bénéficier des services de prévention, de traitement et de soins, et d'accéder aux interventions destinées à réduire la transmission du virus à leur nourrisson. Dans les épidémies généralisées, les femmes enceintes qui ont un résultat négatif à un test VIH réalisé au cours du premier ou du deuxième trimestre de leur grossesse doivent faire un nouveau test au cours du troisième trimestre. Il est également recommandé de faire un dépistage du VIH pendant le travail ou dès que possible après l'accouchement chez toute femme qui se présente pendant le travail sans avoir eu accès à des soins prénatals et dont le statut est inconnu. En l'absence d'un test antérieur, il est recommandé de faire un dépistage du VIH au cours de la période post-partum. Dans les épidémies généralisées, il est recommandé de refaire un test VIH immédiatement après l'accouchement ou dès que possible au cours de la période post-partum chez les femmes dont le test était négatif au cours du premier ou du deuxième trimestre et qui n'ont pas fait un nouveau test au cours du troisième trimestre ou pendant le travail (51) ; ce nouveau test doit si possible être précoce pour que ces femmes et leur nourrisson puissent bénéficier de services liés au VIH, notamment d'un conseil et d'un soutien en matière d'alimentation du nourrisson et d'un diagnostic pour le nourrisson.

En décembre 2010, 98 des 119 pays ayant transmis des données ont déclaré disposer de politiques ou de directives concernant le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire chez la femme enceinte.¹ Même lorsque les pays ont une couverture des soins prénatals quasiment universelle ainsi qu'une politique nationale de conseil et de dépistage à l'initiative du prestataire pour toutes les femmes enceintes, celles-ci ne bénéficient pas toutes d'un test ; il est donc nécessaire d'intensifier les efforts pour combler ce décalage entre la politique et la pratique.

¹ Sept pays d'Europe orientale et d'Asie centrale ont indiqué que le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire étaient chez eux obligatoires pour les femmes enceintes. Tels que définis par l'OMS et l'ONUSIDA, le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire ne doivent être ni imposés ni obligatoires ; les femmes enceintes doivent recevoir un conseil leur permettant de donner un consentement éclairé pour un test VIH, saisissant ainsi la portée du résultat du test pour elles-mêmes et leur famille.

et de l'accouchement, moment qui offre une deuxième occasion d'identifier les femmes vivant avec le VIH et de leur proposer au moins une partie de l'ensemble des interventions de prévention de la transmission mère-enfant. Dans les pays et les situations où presque toutes les femmes enceintes sont vues en consultation prénatale, le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire ont permis d'accroître le nombre de femmes enceintes qui font un test de dépistage du VIH et qui en connaissent le résultat (encadré 7.10) (chapitre 4).

L'élimination de la transmission mère-enfant du VIH nécessite d'identifier la quasi-totalité des femmes

enceintes vivant avec cette infection. En 2010, l'estimation de la couverture du conseil et du dépistage du VIH chez les femmes enceintes a dépassé 50 % dans 13 des 22 pays prioritaires pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants (sous-chapitre 7.1). En 2010 encore, cette estimation a dépassé 90 % en Afrique du Sud, au Botswana, en Zambie et au Zimbabwe. Cependant, moins de 20 % du nombre de femmes enceintes que l'on estime être séropositives ont bénéficié d'un conseil et d'un dépistage du VIH au Nigéria, en République démocratique du Congo et au Tchad (tableau 7.4).

Tableau 7.4 Estimation du pourcentage de femmes enceintes ayant réalisé un dépistage du VIH dans les 22 pays prioritaires pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants, en 2005 et en 2010

Pays	Pourcentage de femmes enceintes ayant réalisé un dépistage du VIH	
	2005	2010
Afrique du sud	47 %	> 95 %
Angola	1 %	32 %
Botswana	92 %	> 95 %
Burundi	2 %	39 %
Cameroun	17 %	41 %
Côte d'Ivoire	6 %	59 %
Éthiopie	2 %	26 %
Ghana	4 %	68 %
Inde	2 %	23 %
Kenya	31 %	83 %
Lesotho	9 %	57 %
Malawi	10 %	66 %
Mozambique	12 %	87 %
Namibie	46 %	86 %
Nigéria	1 %	14 %
Ouganda	18 %	63 %
République démocratique du Congo	3 %	11 %
République-Unie de Tanzanie	14 %	86 %
Swaziland	39 %	83 %
Tchad	Non disponible	7 %
Zambie	14 %	94 %
Zimbabwe	29 %	90 %

7.4.2 Antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH

Les lignes directrices de l'OMS de 2010 sur l'utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant (1) sont basées sur deux approches principales : (1) un traitement antirétroviral à vie pour les femmes enceintes qui ont besoin d'un traitement pour leur propre santé, ce qui est aussi une manière sûre et très efficace de réduire la transmission mère-enfant ; et (2) de nouvelles options de prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission mère-enfant pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement au sein pour les femmes qui n'ont pas besoin de traitement.

7.4.2.1 Évaluation pour déterminer si une femme enceinte vivant avec le VIH remplit les critères pour recevoir un traitement antirétroviral pour sa propre santé

Une évaluation clinique (notamment un test de numération des CD4) doit être menée chez toute femme enceinte vivant avec le VIH pour déterminer si elle remplit les critères pour recevoir un traitement antirétroviral. Comme chez tout adulte vivant avec le VIH, il est maintenant recommandé de commencer un traitement antirétroviral chez toute femme enceinte vivant avec le VIH dont le nombre de CD4 est égal ou inférieur à 350 cellules par mm³, quel que soit le stade clinique de l'OMS, ainsi que chez toute femme enceinte dont le stade clinique de l'OMS est 3 ou 4, quel

que soit le nombre de CD4. Le fait de commencer un traitement antirétroviral avant ou pendant la grossesse chez toute femme remplissant les critères pour recevoir ce traitement permettra d'améliorer la santé des mères et de prévenir la transmission mère-enfant pendant la période périnatale et l'allaitement au sein. Le traitement antirétroviral des mères est également la manière la plus efficace de réduire la transmission mère-enfant. L'introduction du test de numération des CD4 sur le lieu de soins est une nouvelle approche prometteuse qui devrait aider à élargir l'accès à l'évaluation du statut immunitaire.

Dans les 99 pays à revenu faible ou moyen qui ont transmis des données (ce qui représente 81 % de l'estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH), on estime que 45 % des femmes enceintes connues pour être séropositives ont été évaluées en 2010 pour établir si elles remplissaient les critères pour recevoir un traitement antirétroviral (selon le stade clinique ou le nombre de CD4), contre 51 % en 2009 et 34 % en 2008. Environ 30 % d'entre elles ont été évaluées en réalisant une numération des CD4, contre 37 % en 2009, et 24 % selon les rapports en 2008.

De façon surprenante, ces estimations montrent une diminution du pourcentage de femmes vivant avec le VIH chez qui une évaluation a été menée pour déterminer si elles remplissaient les critères de mise sous traitement antirétroviral. Il faut cependant analyser plus en profondeur les causes de ce phénomène qui pourrait être dû à un artefact dans les données transmises. En 2010, le nombre de femmes vues en consultation prénatale qui connaissaient déjà leur séropositivité a augmenté de 11 % par rapport à 2009. Quand une femme enceinte sait déjà qu'elle vit avec le VIH à sa première consultation prénatale et qu'elle reçoit les soins liés à cette infection dans un autre établissement, il peut arriver que certains services de consultation n'enregistrent pas les informations spécifiant si l'évaluation clinique de cette femme a été réalisée ou non.

En observant la différence entre le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique et le nombre de celles chez qui une évaluation a été réalisée dans les faits pour déterminer si elles remplissent les critères de mise sous traitement antirétroviral, il est possible de se faire une idée du nombre d'occasions manquées pour maximiser les bénéfices en matière de santé chez les mères et pour minimiser le risque de transmission du VIH à leur nourrisson.

Sur la base d'estimations modélisées, 571 000 femmes enceintes vivant avec le VIH avaient un nombre de CD4 égal ou inférieur à 350 cellules par mm³ en 2010, remplissant donc les critères pour recevoir un traitement antirétroviral ; cette estimation représente 38 % de l'ensemble des femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant. Et 35 % des femmes enceintes (197 000) ayant besoin d'un traitement antirétroviral ont reçu ce traitement. Dans la plupart des 22 pays prioritaires pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants, on estime que moins

de 50 % des femmes enceintes remplissant les critères de mise sous traitement antirétroviral ont reçu ce traitement en 2010 (annexe 7).

7.4.2.2 Couverture de la prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH

Pour les femmes enceintes vivant avec le VIH qui ne remplissent pas les critères pour commencer le traitement, l'OMS recommande deux options efficaces de prophylaxie antirétrovirale pour réduire la transmission pendant la période périnatale et l'allaitement au sein. Dans les situations où l'allaitement au sein est l'option la plus sûre pour l'alimentation du nourrisson, il est pour la première fois recommandé que la mère ou le nourrisson reçoive des antirétroviraux pendant toute la durée de cet allaitement.

Selon l'option A, la mère doit prendre de la zidovudine dès la 14^{ème} semaine de grossesse pendant la période prénatale ; elle doit en plus recevoir une dose unique de névirapine et de lamivudine pendant le travail ; et une « couverture » de zidovudine et de lamivudine est poursuivie pendant sept jours après l'accouchement pour diminuer le risque de résistance à la névirapine. Si la mère allaite au sein, le bébé doit recevoir du sirop de névirapine de la naissance jusqu'à une semaine après la fin de toute exposition au lait maternel. Si la mère lui donne une alimentation de remplacement, il ne doit recevoir de la névirapine ou de la zidovudine que de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines.

Selon l'option B, la mère reçoit un schéma prophylactique associant trois antirétroviraux pendant

la grossesse, le travail et après l'accouchement jusqu'à une semaine après la fin de toute exposition au lait maternel. Tout nourrisson né de mère suivant l'option B doit recevoir de la névirapine ou de la zidovudine de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines, quel que soit son mode d'alimentation. Pour l'option B, l'OMS recommande quatre schémas prophylactiques associant trois antirétroviraux et il revient à chaque pays de décider du schéma à utiliser.

Il convient de noter que l'utilisation de la névirapine en dose unique n'est plus recommandée comme pratique courante (encadré 7.11).

Au total, 101 pays ont transmis des données ventilées par schéma antirétroviral, représentant 98 % des femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant dans les pays à revenu faible ou moyen.

Selon les estimations, la couverture des schémas d'antirétroviraux les plus efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenu faible ou moyen était de 48 % [44-54 %] en 2010. En outre, 11 % des femmes enceintes vivant avec le VIH, soit plus de 150 000, ont reçu de la névirapine en dose unique, schéma prophylactique qui n'est plus recommandé par l'OMS (figure 7.7 et tableau 7.5). Il est difficile d'analyser les tendances de ces proportions car l'estimation de la couverture pour les années précédentes tenait compte de la névirapine en dose unique (14 % [13-16 %] en 2005, 48 % [43-54 %] en 2008).

Encadré 7.11

Arrêt progressif de l'utilisation de la névirapine en dose unique pour prévenir la transmission mère-enfant

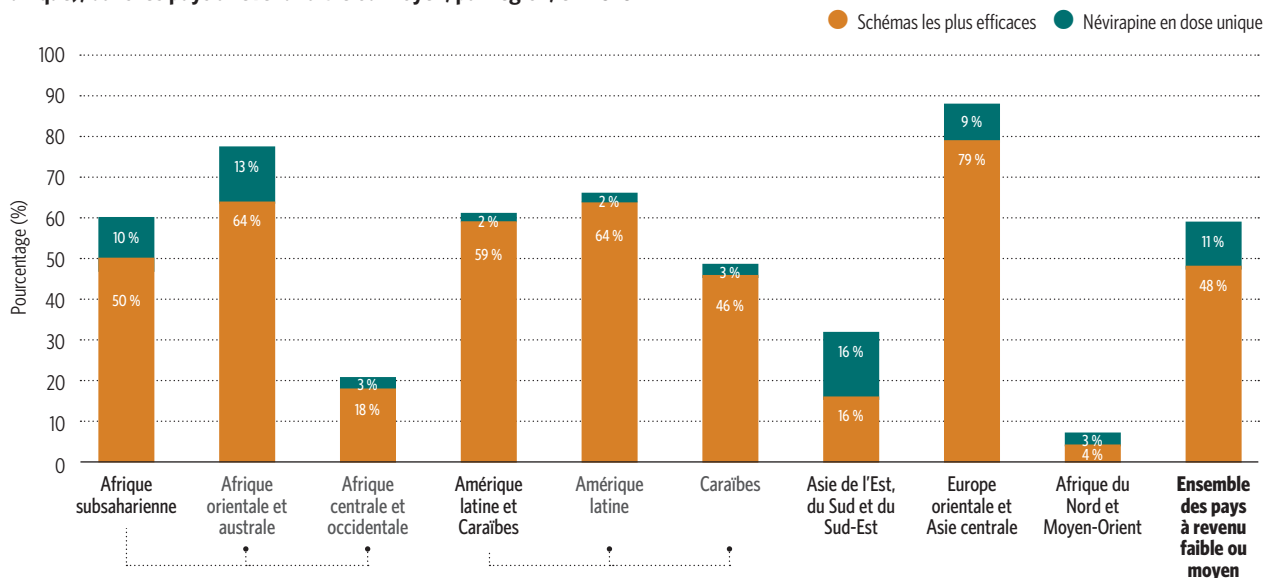
La névirapine donnée en dose unique à la mère pendant le travail et au nourrisson à la naissance a fait partie des premières interventions par schéma prophylactique court à base d'antirétroviraux, depuis qu'il a été démontré que son utilisation diminuait de près de 50 % le risque de transmission du VIH au nourrisson pendant la période périnatale (50). Ce schéma prophylactique était l'un des moins coûteux et des plus faciles à administrer, et les premiers programmes de prévention de la transmission mère-enfant ont été nombreux à l'adopter peu après l'an 2000, en particulier en Afrique subsaharienne. Cependant, d'autres schémas prophylactiques plus efficaces ont été mis au point et sont devenus de plus en plus largement disponibles ; les lignes directrices de l'OMS sur l'utilisation des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH ont donc progressivement recommandé d'arrêter l'utilisation de la névirapine en dose unique au profit d'alternatives plus efficaces.

Dans un premier temps et depuis la mise à jour des lignes directrices sur la prévention de la transmission mère-enfant faite en 2006, la névirapine en dose unique n'a plus fait partie des interventions classiques recommandées pour prévenir la transmission mère-enfant. Cette décision a été prise sur la base de données montrant que la névirapine en dose unique ne protège ni contre la transmission prénatale ni contre la transmission postnatale pendant l'allaitement au sein, et que son utilisation entraîne un risque élevé chez la mère et le nourrisson (si celui-ci est infecté) de développer une pharmacorésistance. La version la plus récente de ces lignes directrices, datant de 2010 (1), recommande désormais des schémas prophylactiques d'antirétroviraux plus efficaces pour la mère ou pour le nourrisson pendant l'allaitement au sein.

Aucun pays ne continue à recommander actuellement la névirapine en dose unique comme principal schéma de prévention de la transmission mère-enfant. Mais certains pays (comme l'Inde et le Zimbabwe) n'ont que récemment modifié leurs directives pour recommander des schémas plus efficaces. Qui plus est, cette intervention est encore utilisée dans certaines situations, 33 pays ayant transmis des données montrant que certaines femmes n'ont reçu que de la névirapine en dose unique en 2010.

Les données sur les interventions pour prévenir la transmission mère-enfant, notamment les informations sur les politiques nationales et les estimations ventilées par type de schéma prophylactique pour la prévention de la transmission mère-enfant, sont cruciales pour suivre les progrès réalisés en vue de fournir des schémas plus efficaces et d'éliminer totalement l'utilisation de la névirapine en dose unique ; elles sont aussi très utiles pour identifier les endroits où la question concernant la névirapine en dose unique doit encore être résolue dans les programmes ou les politiques. L'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF déconseillent fortement l'utilisation de la névirapine en dose unique en tant qu'intervention de prévention de la transmission mère-enfant, et de nombreux organismes partenaires travaillent avec les pays pour aider à l'éliminer rapidement. Il faut arriver rapidement à arrêter totalement l'utilisation de la névirapine en dose unique pour garantir la sécurité ainsi que la santé des bébés et de leur mère et éliminer la transmission mère-enfant à l'horizon 2015.

Figure 7.7 Couverture des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant (schémas les plus efficaces et névirapine en dose unique), dans les pays à revenu faible ou moyen, par région, en 2010^a



a L'utilisation de la névirapine en dose unique n'est plus recommandée par l'OMS.

Tableau 7.5 Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant les schémas d'antirétroviraux les plus efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant, de la couverture des schémas les plus efficaces et de la couverture de la névirapine en dose unique, dans les pays à revenu faible ou moyen, par région géographique, en 2010^a

Région géographique	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant les schémas d'antirétroviraux les plus efficaces (hors névirapine en dose unique) pour prévenir la transmission mère-enfant	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant	Estimation de la couverture des schémas d'antirétroviraux les plus efficaces, suivant les recommandations de l'OMS	Estimation de la couverture de la névirapine en dose unique seule (schéma qui n'est plus recommandé par l'OMS)
Afrique du Nord et Moyen-Orient	600	14 200 [9 900-19 000]	4 % [3-6 %]	3 %
Afrique subsaharienne	674 000	1 360 000 [840 000-1 000 000]	64 % [57-71 %]	13 %
Afrique orientale et australe	600 700	940 000 [1 200 000-1 500 000]	50 % [45-56 %]	10 %
Afrique centrale et occidentale	73 300	410 000 [360 000-470 000]	18 % [15-20 %]	3 %
Amérique latine et Caraïbes	15 000	25 600 [17 000-33 000]	59 % [46-90 %]	2 %
Amérique latine	11 700	18 300 [11 000-25 000]	64 % [47- >95 %]	2 %
Caraïbes	3 300	7 300 [5 900-9 000]	46 % [37-57 %]	3 %
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	12 200	73 800 [53 000-95 000]	16 % [13-23 %]	16 %
Europe et Asie centrale	14 700	18 600 [15 000-22 000]	79 % [65-94 %]	9 %
Ensemble des pays à revenu faible ou moyen	716 500	1 490 000 [1 300 000-1 600 000]	48 % [44-54 %]	11 %

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

a Les données concernant chaque pays se trouvent dans l'annexe 6.

Les avancées obtenues au niveau national dans l'élargissement de la couverture des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant peuvent masquer d'importantes inégalités à l'intérieur des pays. En Ukraine, il existe par exemple des disparités dans l'utilisation d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant entre les consommatrices de drogues par injection et les autres femmes ; la couverture respective de cette intervention était la suivante : 12 % contre 5 % n'ont reçu aucune prophylaxie ; 27 % contre 9 % ont reçu de la névirapine en dose unique seule ; 45 % contre 68 % ont reçu de la zidovudine et de la névirapine en dose unique ; et 16 % contre 18 % ont reçu un traitement antirétroviral (52).

La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée en 2001 avait fixé un objectif de couverture de 80 % des antirétroviraux pour réduire la transmission mère-enfant à l'horizon 2010. Cet objectif a presque été atteint en Europe orientale et en Asie centrale (avec une couverture des schémas les plus efficaces de 79 %). En Afrique orientale et australe, sous-région comptant le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH, la couverture a atteint 64 % (figure 7.7 et tableau 7.7). En outre, 13 % des femmes ont reçu seulement de la névirapine en dose unique au lieu des schémas les plus efficaces recommandés par l'OMS. La couverture est restée faible en Afrique centrale et occidentale (18 %), en Afrique du Nord et au Moyen-Orient (4 %)

et en Asie (16 %), où la plupart des femmes continuent à recevoir seulement de la névirapine en dose unique.

Seuls 12 pays ont atteint l'objectif de 80 % de couverture par des schémas efficaces de l'ensemble des femmes enceintes vivant avec le VIH que l'on estime avoir besoin de cette intervention (tableau 7.6).¹

Cinq des 22 pays prioritaires pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants ont dépassé les 80 % de couverture selon les dernières normes internationales ; il s'agit de l'Afrique du Sud, du Botswana, du Lesotho, de la Namibie et du Swaziland (tableau 7.7). Mais le taux de couverture est encore insuffisant dans plusieurs pays, et il faut redoubler d'efforts pour améliorer l'accès aux interventions efficaces.

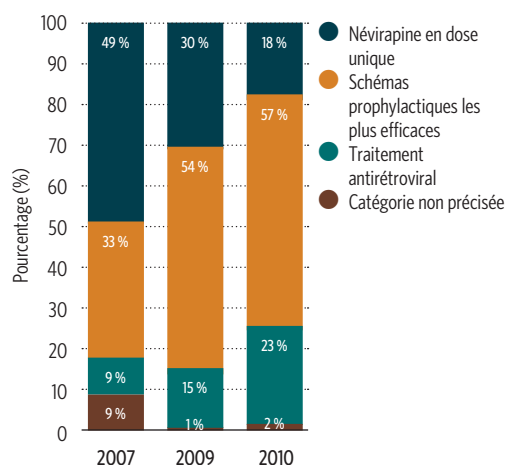
1 Parmi les pays où les estimations montrent qu'au moins 100 femmes enceintes ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant.

Encadré 7.12

Schémas d'antirétroviraux

Au total, 101 pays ont transmis des données ventilées en fonction des schémas d'antirétroviraux utilisés ; ces données montrent que la proportion de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu seulement de la névirapine en dose unique a considérablement diminué entre 2007 et 2010 (figure 7.8).

Figure 7.8 Distribution en pourcentage des différents schémas utilisés chez la femme enceinte recevant des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant dans les pays à revenu faible ou moyen, en 2007, 2009 et 2010



Encadré 7.13

Suivi des progrès réalisés dans la fourniture des antirétroviraux afin de prévenir la transmission mère-enfant du VIH

L'une des interventions clés des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH est la fourniture d'antirétroviraux aux femmes enceintes vivant avec cette infection. Le suivi précis du nombre de femmes recevant des antirétroviraux et du type de schéma prophylactique prescrit comporte toutefois un certain nombre de difficultés, tant au niveau national que mondial.

Les femmes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral à vie n'ont pas toujours accès à ce traitement sur le lieu même où est fournie la prophylaxie antirétrovirale, ce qui peut entraîner le non comptage, ou au contraire le double comptage, d'une partie des données pertinentes sur la prévention de la transmission mère-enfant lors du calcul des totaux à partir de données provenant de différentes sources. Lorsque la même femme ou la même paire mère-enfant reçoit des antirétroviraux à différents points de prestation de services (par exemple dans le service de consultation prénatale, à la maternité, dans le service de santé infantile ou dans le service de soins et de traitement de l'infection à VIH), certaines données peuvent être comptées deux fois.

Les formulaires d'enregistrement des données ne rendent pas toujours compte de tous les types de schémas prescrits, notamment lorsque les directives concernant l'utilisation des antirétroviraux ont été récemment mises à jour ou s'il n'est pas nécessaire de spécifier les types de schémas prescrits dans les données qui doivent être transmises au niveau infranational ou national ; il est alors impossible de classer les schémas par catégorie, surtout dans les pays qui fournissent un éventail de schémas. Dans certains pays, le système de surveillance ne permet pas, par conséquent, d'enregistrer et de rapporter avec précision la couverture des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant.

Il faut améliorer les mécanismes actuels de suivi pour que la surveillance de la fourniture d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant soit adéquate, mais aussi élargir cette surveillance à la fourniture d'antirétroviraux lors de l'allaitement au sein, en conformité avec les lignes directrices de 2010 sur le sujet (1). Des efforts supplémentaires doivent être faits, tant au niveau des pays que dans le cadre des mécanismes d'élaboration des rapports au niveau mondial, pour standardiser les rapports sur le type de schéma reçu par chaque paire mère-enfant.

Tableau 7.6 Pays à revenu faible ou moyen qui ont atteint l'objectif chiffré de couverture par des schémas d'antirétroviraux efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant fixé à 80 % ou plus lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies

Région	Nombre de pays ^a	Pays
Afrique subsaharienne ^b	5	Afrique du sud, Botswana, Lesotho, Namibie et Swaziland
Amérique latine et Caraïbes	4	Argentine, Brésil, Équateur et Honduras
Europe orientale et Asie centrale	3	Bélarus, Roumanie et Ukraine

a Pays où les estimations montrent qu'au moins 100 femmes enceintes ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant.

b Les 5 pays de cette région font partie des 22 pays prioritaires pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants.

Une couverture de 80 % (objectif chiffré fixé en 2001 lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies) est insuffisante pour obtenir des avancées significatives permettant de parvenir à l'élimination de nouvelles infections à VIH chez les enfants (19). Le Plan mondial (4) vise donc à étendre à 90 % à l'horizon 2015 la couverture des schémas d'antirétroviraux les plus efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant.

La figure 7.9 représente les 25 pays comptant, selon les estimations, le plus grand nombre de femmes enceintes ayant besoin d'interventions pour prévenir la transmission mère-enfant et leur contribution à l'écart mondial pour atteindre une couverture par antirétroviraux de 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH. Au niveau mondial, cet écart se calcule en faisant la différence entre le nombre actuel de femmes

Tableau 7.7 Estimation de la couverture d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant dans les 22 pays prioritaires pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants

	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant les schémas les plus efficaces pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH	Couverture par les schémas les plus efficaces	Fourchette	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant de la névirapine en dose unique pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH ^a
Afrique du Sud	250 072	> 95 %	[85- >95 %]	0
Angola	3 125	20 %	[15-28 %]	0 ^b
Botswana	14 641	> 95 %	[> 95-> 95 %]	0
Burundi	2 617	36 %	[32-49 %]	0
Cameroun	15 720	53 %	[43-65 %]	1 244
Côte d'Ivoire	11 561	66 %	[54-79 %]	0
Éthiopie	7 844	... ^c		0 ^b
Ghana	5 845	48 %	[40-57 %]	0 ^b
Inde	0 ^d	... ^c	... ^c	10 878
Kenya	41 378	43 %	[37-49 %]	24 554 ^e
Lesotho	12 370	89 %	[77- > 95 %]	0
Malawi	17 729	... ^c	[23-31 %]	11 960
Mozambique	52 222	52 %	[44-62 %]	17 658
Namibie	7 790	> 95 %	[79- > 95 %]	600
Nigéria	19 733	9 %	[7-10 %]	6 505 ^e
Ouganda	39 566	42 %	[36-51 %]	21 596
République démocratique du Congo	307	1 %	[<1-1 %]	3 064
République-Unie de Tanzanie	58 161	59 %	[52-68 %]	22 897
Swaziland	9 273	> 95 %	[88- > 95 %]	0
Tchad	1 000	7 %	[5-9 %]	0
Zambie	59 602	75 %	[67-85 %]	10 048
Zimbabwe	21 044	46 %	[40-52 %]	18 738

a Schéma prophylactique non recommandé par l'OMS.

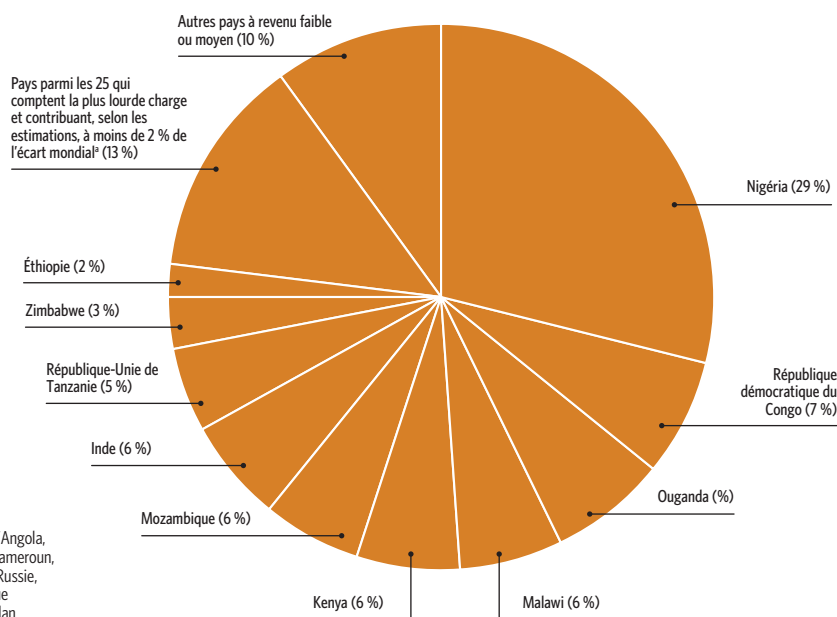
b En Angola, en Éthiopie et au Ghana, les schémas utilisés n'étaient le plus souvent pas précisés (respectivement dans 100 %, 86 % et 100 % des cas) ; il n'est donc pas possible de donner des informations sur l'utilisation de la névirapine en dose unique.

c Les estimations du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux sont en cours d'examen et seront ajustées, si nécessaire, en fonction de la collecte et de l'analyse des données qui sont en cours. La couverture ne peut donc pas être donnée ou dans certains cas n'être donnée que sous forme de fourchette.

d L'Inde fournissait toujours de la névirapine en dose unique en 2010 mais revoit actuellement ses directives.

e La valeur concernant la névirapine en dose unique a été ajustée : le pays ayant rapporté une proportion de femmes qui ont reçu un schéma d'antirétroviraux sans que celui-ci soit précisé, cette proportion a été redistribuée proportionnellement à ce qu'elle représente dans les catégories spécifiées.

Figure 7.9 Pays ayant le plus contribué à l'écart mondial pour atteindre une couverture de 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, en 2010



a Ces pays sont : l'Afrique du Sud, l'Angola, le Botswana, le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Fédération de Russie, le Ghana, le Lesotho, la République centrafricaine, le Rwanda, le Soudan, le Swaziland, le Tchad, la Zambie.

enceintes qui ont besoin d'antirétroviraux (schémas les plus efficaces) pour prévenir la transmission mère-enfant et qui y ont accès et l'estimation du nombre qui devrait être atteint pour réaliser l'objectif de couverture de 90 %. Comme le montre la figure 7.9, quatre pays ont été à l'origine de près de 50 % de cet écart en 2010 : le Nigeria, le Malawi, l'Ouganda et la République démocratique du Congo.

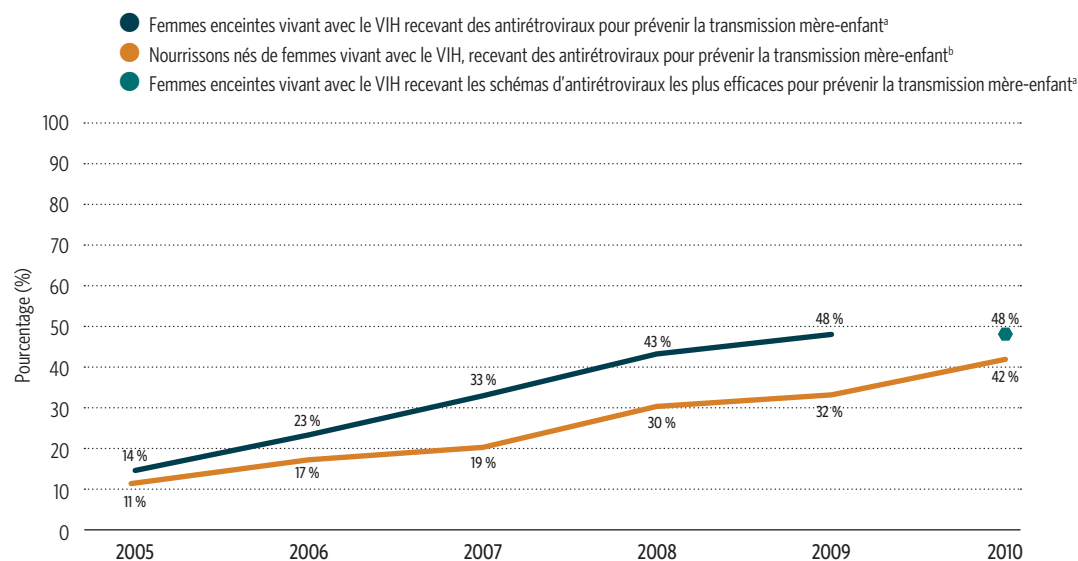
7.4.3 Prophylaxie antirétrovirale pour les nourrissons nés de mère vivant avec le VIH

Tout nourrisson né de mère vivant avec le VIH doit recevoir une prophylaxie antirétrovirale (1). Cela comprend la prophylaxie post-partum de courte durée donnée pendant 4 à 6 semaines et recommandée pour tout nourrisson exposé au VIH, quel que soit le schéma utilisé pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et que ce nourrisson soit allaité au sein ou non ; mais cela s'étend également au traitement antirétroviral et aux antirétroviraux donnés à la mère ou au nourrisson pendant l'allaitement au sein. Toutefois, le nombre de nourrissons exposés au VIH qui reçoivent la prophylaxie dont ils ont besoin pour être protégés de la contamination par le VIH est insuffisant, beaucoup de nourrissons exposés étant perdus de vue.

Les rapports actuels sur la prophylaxie chez le nourrisson, au moins pour l'année 2010, tiennent compte de la prophylaxie qui lui est administrée dans le post-partum

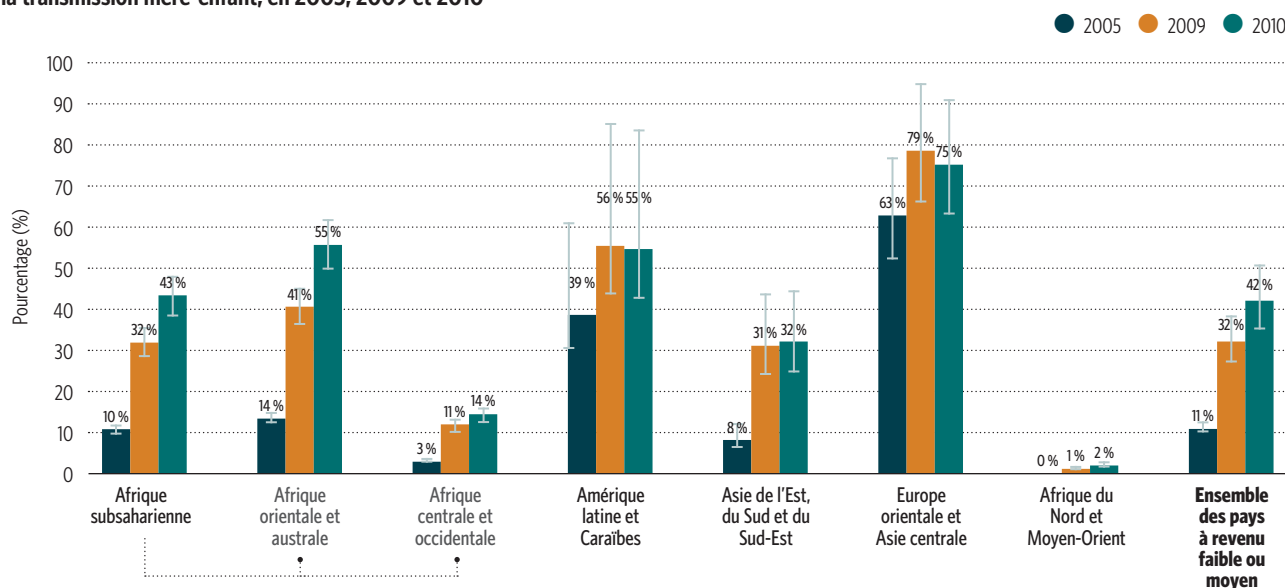
immédiat. En 2010, la couverture de la prophylaxie antirétrovirale chez les nourrissons continuait à être inférieure à celle observée chez les mères ; mais elle s'est étendue par rapport à 2009, passant de 32 % [29-36 %] à 42 % [38-48 %] du nombre de nourrissons nés de mères vivant avec le VIH estimé à 1,49 million. Malgré cette extension de la couverture, il reste un écart considérable entre nourrissons et mères dans l'utilisation des antirétroviraux, suggérant des problèmes dans la fourniture de la prophylaxie post-partum aux nourrissons, dans l'obtention de données sur la prophylaxie chez les nourrissons, ou du fait que des paires mère-enfant sont perdues de vue de façon précoce (figure 7.10). La couverture de la prophylaxie antirétrovirale chez les nourrissons est variable selon les régions et les sous-régions, l'Europe orientale et l'Asie centrale ayant eu la couverture la plus étendue en 2010, avec 75 % [63-91 %], tandis que l'Afrique centrale et occidentale continuait à être la région la plus mal desservie par cette intervention, avec une couverture plutôt stagnante de 14 % [12-16 %] (figure 7.11). La couverture s'est améliorée en Afrique subsaharienne, passant de 32 % [28-36 %] en 2009 à 43 % [38-48 %] en 2010, principalement du fait des résultats enregistrés en Afrique orientale et australe, où la couverture est passée de 41 % [36-45 %] en 2009 à 55 % [50-62 %] en 2010. La couverture est restée sensiblement la même en 2010 en Amérique latine et dans les Caraïbes (55 % [43-84 %]) ainsi qu'en Asie du Sud-Est (32 % [25-45 %]).

Figure 7.10 Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH et de leurs enfants qui ont reçu des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, pays à faible et à moyenne revenu, 2005-2010



a Il n'est pas possible de comparer la couverture pour l'année 2010 avec celles des années précédentes, car la névirapine en dose unique, qui n'est plus recommandée par l'OMS, n'a pas été prise en compte.
 b Pour les nourrissons, seule la prophylaxie initiale (4 à 6 semaines) a été prise en compte.

Figure 7.11 Pourcentage de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission mère-enfant, en 2005, 2009 et 2010



Les barres indiquent la fourchette d'incertitude encadrant l'estimation.

Encadré 7.14

Mise en œuvre des nouvelles recommandations sur l'infection à VIH et l'alimentation du nourrisson, et suivi des avancées obtenues

Depuis la publication des lignes directrices de l'OMS de 2010 sur l'infection à VIH et l'alimentation du nourrisson (53), de nombreux pays, en particulier en Afrique subsaharienne, ont mis à jour leurs recommandations nationales sur les pratiques d'alimentation du nourrisson né de mères vivant avec le VIH. Fin décembre 2010, 93 pays (76 %) à revenu faible ou moyen sur 123 avaient décidé d'adopter et d'appliquer des protocoles pour fournir des antirétroviraux après l'accouchement.

Deux options (option A et option B : sous-chapitre 7.4.2.2) tout aussi efficaces sont recommandées par l'OMS pour réduire la transmission pendant la période périnatale et pendant l'allaitement au sein.

Les stratégies adoptées pour fournir des antirétroviraux afin de prévenir l'infection par le VIH au cours de l'allaitement au sein varient d'un pays à l'autre. En Europe orientale et en Asie du Centre et du Sud-Est, les autorités nationales ont procédé à un examen de leurs pratiques de leurs recommandations.

Malgré des protocoles qui visent à accroître la couverture des antirétroviraux et à permettre aux mères vivant avec le VIH d'allaiter au sein avec un risque fortement diminué, mettre dûment en œuvre ces recommandations reste un défi majeur. Les informations sur l'utilisation des antirétroviraux pendant l'allaitement au sein sont extrêmement minces.

Les systèmes d'information sanitaire de routine ont commencé depuis peu la collecte de données sur les pratiques d'alimentation utilisées par les mères vivant avec le VIH. Ces données sont essentielles pour suivre les avancées obtenues dans la mise en œuvre de ces nouvelles mesures dans les pays. Peu de pays disposent de données nationales sur les pratiques d'alimentation du nourrisson portant sur l'allaitement au sein exclusif chez l'enfant de moins de six mois ; les rares données disponibles suggèrent que l'adoption de cette pratique est très variable, les niveaux oscillant entre 3 % et 88 % dans la population générale des 22 pays prioritaires pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants.

Dans les enquêtes en population, les données sur le mode d'alimentation des nourrissons ne sont généralement pas ventilées en fonction du statut de la mère par rapport au VIH du fait de la faible taille des échantillons de nourrissons exposés au VIH. Toutefois, plusieurs pays, dont l'Afrique du Sud, le Lesotho et la Zambie, ont commencé à collecter de manière prospective (ou envisagent de le faire) des données sur les pratiques d'alimentation des nourrissons au moment où ceux-ci sont vaccinés à l'âge de trois mois environ. En 2012, les pays sont censés être capables de transmettre des données plus complètes sur les pratiques d'alimentation (telles que l'allaitement au sein exclusif, l'alimentation de substitution et l'alimentation mixte) des nourrissons exposés au VIH via en consultation de vaccination pour le DTC3 et sur la couverture des antirétroviraux chez les nourrissons exposés au VIH allaités au sein.

7.5 Traitement, soins et soutien des enfants

Le risque qu'un nourrisson soit contaminé par le VIH persiste même quand sa mère et lui-même reçoivent des interventions pour prévenir la transmission mère-enfant. Un traitement antirétroviral commencé de façon précoce permettra d'améliorer la santé des enfants vivant avec le VIH et de réduire la morbidité et la mortalité (54). En situation de ressources limitées, les services de soins et de traitement de l'infection à VIH pour les enfants exposés à ce virus ou infectés sont en expansion mais demeurent insuffisants. Chez l'enfant, la couverture du traitement antirétroviral est encore nettement inférieure à celle observée chez l'adulte. Selon les estimations, sur les 2,02 millions [1 800 000–2 300 000] d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral en 2010, seuls 23 % [20–25 %] y ont eu accès, contre 51 % des adultes [48–54 %] (chapitre 5).

7.5.1 Diagnostic chez les nourrissons

Chez l'enfant, un diagnostic précoce de l'infection à VIH est essentiel pour obtenir les meilleurs résultats possibles du traitement. Avec un diagnostic précoce et un traitement approprié, les nourrissons et les enfants vivant avec le VIH peuvent survivre jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte. Si le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson a progressé, nombre d'enfants vivant avec le VIH n'ont pas encore été diagnostiqués comme tel. Sans diagnostic et traitement efficace, un tiers des nourrissons vivant

avec le VIH meurent avant l'âge d'un an et près de la moitié meurent au cours de leur deuxième année de vie.

Si les enfants nés de mères vivant avec le VIH ont été exposés à ce virus, ils ne sont pas nécessairement infectés. Les lignes directrices de l'OMS de 2010 sur le traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant (55) recommandent de faire un test de dépistage du VIH par amplification génique (PCR) à l'âge de 4 à 6 semaines chez les nourrissons exposés à ce virus. Pour améliorer ses chances de survie, il est important qu'un test soit réalisé de manière précoce chez tout nourrisson exposé au VIH, afin de commencer immédiatement un traitement antirétroviral si ce nourrisson s'avère infecté, et ce quel que soit son état clinique ou immunitaire (56). Un deuxième test de confirmation de l'infection à VIH devra être fait, mais sa réalisation ne doit pas retarder le début du traitement antirétroviral (56,57).

En 2010, d'importants progrès ont été réalisés dans l'élargissement de la couverture du diagnostic précoce chez les nourrissons. Dans les 65 pays à revenu faible ou moyen (contre 54 en 2009) ayant transmis des données, un test de dépistage du VIH a été réalisé chez 28 % [24–30 %] des nourrissons au cours des deux premiers mois suivant la naissance, contre 6 % [5–7 %] en 2009. Cette augmentation vient en partie du fait que les données de neuf pays prioritaires pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants

ont été incluses en 2010, alors qu'elles n'étaient pas comptabilisées pour cet indicateur en 2009.

La couverture du dépistage du VIH par test virologique a dépassé 50 % dans plusieurs des 22 pays prioritaires pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants. En 2010, la couverture de ce type de dépistage à l'âge de deux mois chez les enfants exposés au VIH a atteint 78 % au Lesotho et 68 % en Afrique du Sud. Les chiffres de couverture ont également considérablement progressé au Kenya (64 %), en Namibie (62 %), au Swaziland (54 %) et au Botswana (53 %). Dans d'autres pays prioritaires, les efforts pour étendre le diagnostic précoce doivent être intensifiés afin de pouvoir commencer dès que possible un traitement chez les enfants vivant avec le VIH. Les actions à mener en priorité comprennent le renforcement des compétences techniques, le développement de la capacité des laboratoires, le renforcement des systèmes de transport des échantillons de sang et des résultats, l'amélioration de l'orientation des patients d'un service à un autre et l'expansion de l'offre systématique du dépistage dans de nouveaux sites où mères et enfants ont accès aux soins, notamment en situation d'épidémie généralisée.

En outre, il est essentiel de diminuer le taux de nourrissons exposés au VIH perdus de vue au cours de la période postnatale. Même si un dépistage a été réalisé chez le nourrisson, il arrive souvent que le résultat du test du nourrisson ne soit pas rendu, ou que le nourrisson ne commence pas de traitement antirétroviral alors qu'un diagnostic d'infection à VIH a été posé. Des investissements doivent être faits pour améliorer la collecte des données et la prestation de services dans le processus de continuité des soins afin que le traitement soit commencé en temps opportun chez les enfants dont le dépistage montre qu'ils sont infectés par le VIH. Il est également nécessaire de mieux comprendre quelles sont les difficultés rencontrées par les mères pour que leurs nourrissons ou elles-mêmes puissent accéder aux services de santé, et de trouver des solutions pour pallier ces difficultés.

7.5.2 Prophylaxie au cotrimoxazole chez les enfants exposés au VIH

La fourniture d'une prophylaxie au cotrimoxazole est une composante essentielle de l'ensemble des soins et des traitements chez l'enfant vivant avec le

VIH. Ce médicament est très efficace, financièrement abordable, d'un bon rapport coût-efficacité, largement disponible et il a été démontré que son utilisation permet de réduire considérablement la morbidité et la mortalité chez les nourrissons et les enfants vivant avec le VIH ou ayant été exposés à cette infection. La prophylaxie au cotrimoxazole augmente les chances de survie des nourrissons vivant avec le VIH tant qu'il n'est pas possible de commencer un traitement antirétroviral. Cela est particulièrement important en situation de ressources limitées où l'accès à des interventions pour prévenir la transmission mère-enfant et au traitement antirétroviral est encore insuffisant. Dans les lignes directrices de l'OMS de 2006, il est recommandé qu'un traitement prophylactique au cotrimoxazole soit commencé à l'âge de quatre à six semaines chez tout enfant exposé au VIH né de mère vivant avec cette infection et poursuivi jusqu'à l'arrêt de l'allaitement au sein et la confirmation que l'enfant n'est pas infecté (58).

En 2010, 87 pays (contre 72 en 2009) ont transmis des informations sur le nombre de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole avant l'âge de deux mois. Même si plusieurs pays ont établi des politiques pour favoriser l'accès des nourrissons et des enfants à la prophylaxie au cotrimoxazole, seulement 23 % [19-24 %] des nourrissons exposés au VIH ont reçu du cotrimoxazole en 2010 dans les pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données ; cela représente cependant une augmentation substantielle par rapport au chiffre de 13 % [11-14 %] pour 2009. Cette expansion de la couverture est principalement liée aux progrès réalisés dans les pays d'Afrique orientale et australe, où la couverture est passée de 16 % [15-18 %] en 2009 à 31 % [28-35 %] en 2010. En Amérique latine et dans les Caraïbes, la couverture a également progressé, passant de 15 % [13-25 %] en 2009 à 25 % [21-42 %] en 2010, avec un plus grand nombre de pays ayant transmis des données. Dans les 22 pays prioritaires pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants, la couverture était de 21 % [18-25 %] en 2010.

Élargir l'accès à la prophylaxie au cotrimoxazole exige un ensemble d'interventions interdépendantes, notamment un renforcement des liens entre dépistage et traitement de l'infection à VIH et la mise en place

Encadré 7.15

Principales priorités pour l'expansion du traitement antirétroviral chez l'enfant

Le Groupe de travail sur les soins et le traitement pédiatriques de l'Équipe spéciale inter-institutions sur la prévention et le traitement des infections à VIH chez les femmes enceintes, les mères et les enfants, a récemment publié des recommandations pour accélérer l'expansion du traitement antirétroviral chez l'enfant (59). Les principales actions recommandées sont les suivantes :

- Fixer des objectifs chiffrés nationaux ambitieux pour le dépistage du VIH chez l'enfant et le traitement pédiatrique.
- Élargir l'accès au diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson.
- Augmenter la rétention dans les programmes liés au VIH destinés aux enfants.
- Rationaliser les formules pédiatriques et assurer un accès aux médicaments les mieux adaptés.
- Mettre en œuvre la délégation des tâches pour le traitement antirétroviral chez l'enfant.
- Répondre aux besoins particuliers des adolescents vivant avec le VIH.

Source : Paediatric advocacy tool kit for improved paediatric HIV diagnosis, care and treatment in high prevalence countries and regions (59).

de mécanismes afin d'identifier à la naissance, ou par la suite, les nourrissons exposés au VIH et de faire leur suivi. En outre, les agents de santé doivent être formés à envisager l'existence d'une infection à VIH chez les nourrissons à la naissance et à chaque consultation clinique ou visite dans un établissement de santé ; la prestation de ce service doit être décentralisée au niveau le plus bas du système de soins de santé où il sera faisable, approprié et efficace. Il faut également disposer d'un approvisionnement régulier en cotrimoxazole, et les systèmes de surveillance et d'évaluation doivent être renforcés afin de favoriser la fourniture de la prophylaxie au cotrimoxazole aux enfants vivant avec le VIH ou exposés à cette infection (58).

7.5.3 Traitement antirétroviral de l'enfant

Bien que la meilleure stratégie pour empêcher les enfants de contracter le VIH et de mourir de causes liées au sida soit l'extension de programmes efficaces de prévention de la transmission mère-enfant, de nombreux décès dus au VIH pourraient être évités

chez les enfants infectés en réalisant un diagnostic précoce de cette infection et en fournissant en temps opportun des soins et un traitement. Afin d'augmenter autant que possible la survie et le bien-être des enfants vivant avec le VIH, l'OMS a publié des lignes directrices sur le traitement qui ont été mises à jour en 2010 (56), et qui comprennent d'importants changements dans les critères pour commencer un traitement antirétroviral chez l'enfant.

Les données transmises par les pays à revenu faible ou moyen montrent qu'environ 456 000 enfants de moins de 15 ans ayant besoin d'un traitement antirétroviral recevaient ce traitement en décembre 2010, soit une hausse de 29 % sur un an (ils étaient 354 600 en 2009) et une multiplication par six depuis 2005 où 75 000 d'entre eux étaient dans cette situation (figure 7.12 et tableau 7.8). Selon les estimations, ces enfants représentent 23 % [20-25 %] des 2,02 millions d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral. En 2009, la couverture a été estimée à 21 % [19-24 %]. À la fin de l'année 2010, la couverture du traitement

Encadré 7.16

Progrès dans l'estimation du nombre d'enfants vivant avec le VIH ayant besoin d'un traitement antirétroviral

Le nombre d'enfants vivant avec le VIH est estimé à l'aide du logiciel Spectrum et cette estimation est utilisée pour déterminer le nombre d'enfants qui ont besoin d'un traitement antirétroviral. Le calcul de ces estimations implique des hypothèses sur la fécondité chez les femmes vivant avec le VIH, l'efficacité des différents schémas prophylactiques visant à prévenir la transmission mère-enfant, le déroulement de la progression de l'infection en fonction de différents niveaux de CD4 et les différents taux de survie des enfants (en fonction, par exemple, de la manière dont ils ont été infectés et de l'âge où est survenue l'infection). Sur la base d'une revue de la littérature et des dernières données disponibles, plusieurs modifications importantes ont été apportées à ces hypothèses au cours des deux dernières années.

De nouvelles données montrent que le moment de l'infection joue un rôle important chez l'enfant. Désormais, les différentes courbes de survie tiennent compte respectivement des différents taux de survie des enfants vivant avec le VIH selon le moment où ils ont été contaminés - in utero, pendant l'accouchement ou pendant l'allaitement au sein (de 0 à 6 mois, de 6 à 12 mois ou de 12 à 14 mois). Mises à jour, les courbes de survie indiquent que les différentes espérances de vie sont plus longues que celles utilisées précédemment, ce qui entraîne une augmentation du nombre d'enfants vivant avec le VIH ayant besoin d'un traitement (chapitre 2).

En outre, le programme Spectrum attribue maintenant aux adultes des durées de survie différentes en fonction de leur âge, ce qui a fait augmenter la proportion de femmes séropositives dans les groupes d'âge les plus fertiles par rapport aux estimations produites les années précédentes. Désormais, Spectrum permet aussi d'inclure des données plus détaillées sur les programmes de prévention de la transmission mère-enfant, notamment sur les différents types de schémas prophylactiques reçus par les mères pendant la grossesse et l'allaitement au sein. Les méthodes de base pour l'estimation du nombre de femmes ayant besoin d'antirétroviraux n'ont pas changé. Les probabilités de transmission du VIH en fonction des différents schémas prophylactiques utilisés ont été mises à jour sur la base des dernières données provenant de travaux de recherche et d'essais cliniques sur la prévention de la transmission mère-enfant. Ces probabilités de transmission tiennent compte du nombre de CD4 de la femme, permettant ainsi d'affiner les estimations du taux de transmission mère-enfant. Les probabilités de transmission pendant l'allaitement au sein sont également plus précises car leur calcul tient compte du nombre de CD4 de la mère. Enfin, le modèle intègre la très forte probabilité de transmission si une femme est infectée alors qu'elle est enceinte ou allaite au sein.

Le processus de modélisation tient également compte des nouveaux critères à remplir pour commencer un traitement antirétroviral chez l'enfant, en conformité avec la mise à jour des lignes directrices de l'OMS sur le traitement du nourrisson et de l'enfant (56). Le changement de critère d'âge à remplir pour commencer un traitement, qui est passé de moins de 12 mois à moins de 24 mois, a pris effet en 2010.

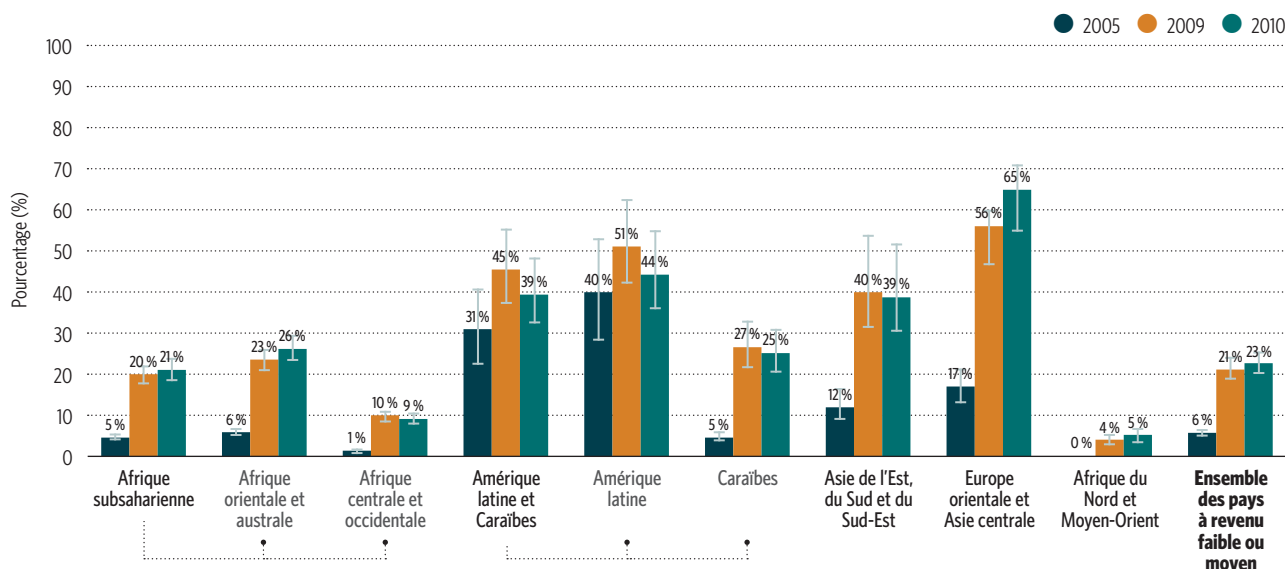
Dans la nouvelle série d'estimations basées sur des données plus précises quant à la distribution des schémas d'antirétroviraux et des pratiques d'alimentation du nourrisson et tenant compte des changements de méthodes de calcul décrits ci-dessus, le nombre d'enfants nouvellement infectés est plus élevé que dans les estimations précédentes, et ce malgré les données transmises montrant une augmentation de la couverture des interventions de prévention de la transmission mère-enfant. Le nombre d'enfants nouvellement infectés donné au cours des années précédentes était probablement sous-estimé. Combiné à une survie plus longue des enfants qui ont contracté le VIH au cours de l'allaitement au sein, ce phénomène a entraîné une augmentation du nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH, du nombre d'enfants vivant avec le VIH et donc du nombre d'enfants qui ont besoin d'un traitement antirétroviral. En faisant un nouveau calcul sur la base de ces nouvelles hypothèses, le nombre estimé d'enfants qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral en 2009 a augmenté, passant de 1 270 000 (chiffre publié dans les rapports précédents) à 1 670 000. Pour l'année 2010, ce nombre est estimé à 2 020 000. Cette différence considérable entre les années 2009 et 2010 s'explique par le changement de critère d'âge à remplir pour commencer un traitement. Ces augmentations de l'estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral ont des conséquences sur l'estimation de la couverture de ce traitement chez les enfants. Pour évaluer les tendances au fil du temps, il ne faut pas comparer le taux de couverture pour les années 2009 et 2005 publiées dans le rapport de 2011 avec les chiffres de couverture publiés dans les précédents rapports annuels de situation.

antirétroviral chez les enfants a atteint ou dépassé 80 % dans onze pays, dont deux pays à épidémie généralisée (Botswana et Namibie) et neuf pays à épidémies concentrées ou à épidémie peu étendue (Biélorus, Chili, Équateur, Guyana, Jamaïque, Mexique, Ouzbékistan, Paraguay et Uruguay).¹ Cinq pays – le

Nigéria (estimation de 262 000 enfants dont le besoin en matière de traitement antirétroviral n'a pas été satisfait), l'Afrique du Sud (196 000 enfants), le Kenya (133 000 enfants), l'Ouganda (102 000 enfants) et la République-Unie de Tanzanie (91 000 enfants) – contribuaient pour environ 50 % des besoins non satisfaits en matière de traitement antirétroviral chez les enfants en 2010.

1 Les pays comptant moins de 100 enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral n'ont pas été inclus.

Figure 7.12 Pourcentage d'enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen, en 2005, 2009 et 2010



Les barres indiquent la fourchette d'incertitude encadrant l'estimation.
Remarque : les données ont été calculées rétroactivement en suivant les méthodes mises à jour (encadré 7.6).

Tableau 7.8 Nombre déclaré d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral, estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral et estimation de la couverture, dans les pays à revenu faible ou moyen, par région, en décembre 2010^a

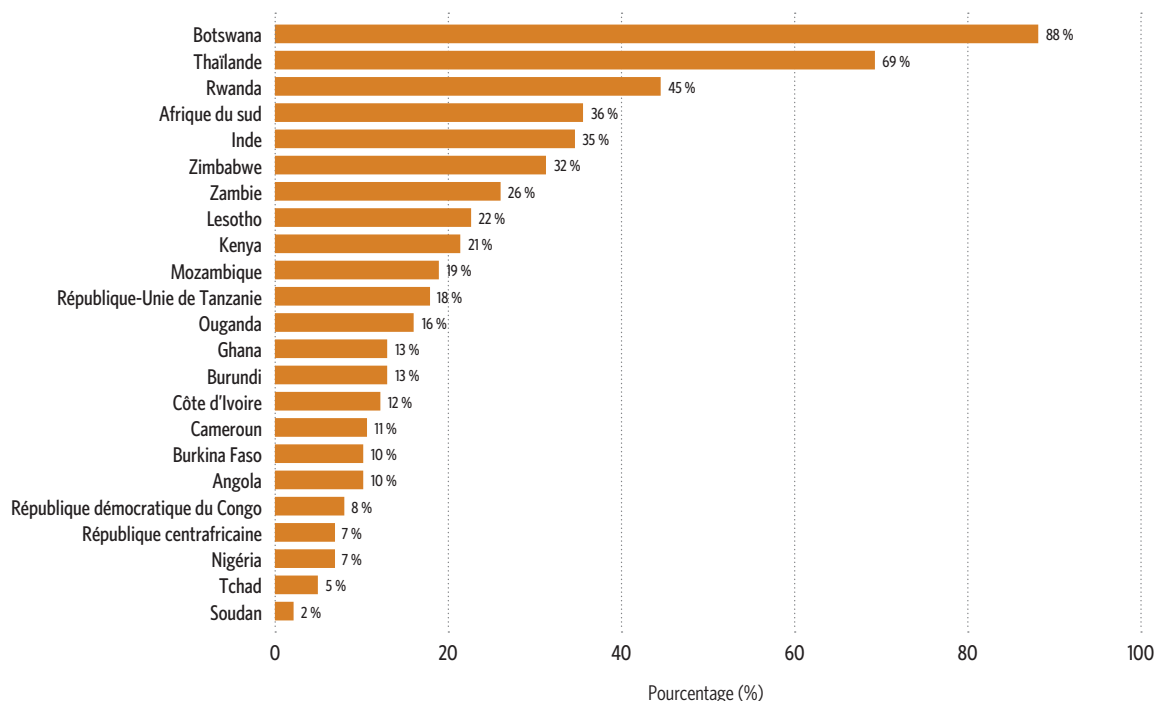
Région géographique	Nombre déclaré d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral, décembre 2010	Estimation du nombre d'enfants vivant avec le VIH ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2010 [fourchette] ^a	Couverture du traitement antirétroviral chez les enfants vivant avec le VIH, décembre 2010 [fourchette] ^b
Afrique du Nord et Moyen-Orient	840	18 500 [12 000-25 000]	5 % [3-7 %]
Afrique subsaharienne	387 500	1 840 000 [1 600 000-2 100 000]	21 % [19-24 %]
Afrique orientale et australe	337 200	1 290 000 [1 100 000-1 400 000]	26 % [23-29 %]
Afrique centrale et occidentale	50 200	550 000 [480 000-630 000]	9 % [8-11 %]
Amérique latine et Caraïbes	16 300	41 400 [34 000-50 000]	39 % [32-48 %]
Amérique latine	13 600	30 600 [25 000-38 000]	44 % [36-55 %]
Caraïbes	2 700	10 800 [8 700-13 000]	25 % [21-31 %]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	43 800	113 000 [84 000-140 000]	39 % [30-52 %]
Europe et Asie centrale	7 500	11 400 [10 000-13 000]	65 % [55-71 %]
Ensemble des pays à revenu faible ou moyen	456 000	2 020 000 [1 800 000-2 300 000]	23 % [20-25 %]

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

a Des explications sur les méthodes utilisées se trouvent dans l'annexe 9.

b L'estimation de la couverture est basée sur le nombre estimé non arrondi d'enfants recevant un traitement antirétroviral et d'enfants ayant besoin de ce traitement.

Figure 7.13 Pourcentage d'enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral dans 25 pays où les besoins en traitement antirétroviral chez ces enfants étaient les plus grands en 2010^a



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

a Selon les estimations, l'Éthiopie et le Malawi font partie des 25 pays où les besoins en traitement antirétroviral chez les enfants vivant avec le VIH étaient les plus grands ; aucun pourcentage de couverture ne peut toutefois être donné pour l'un car les estimations de ces besoins sont en cours d'examen.

Tableau 7.9 Pays à revenu faible ou moyen comptant plus de 5000 enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral et où la différence de couverture de ce traitement entre les enfants et les adultes est d'au moins 25 %

Pays ^a	Différence de points de pourcentage entre la couverture du traitement antirétroviral chez les adultes et chez les enfants, 2010	Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, décembre 2010	Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les adultes, décembre 2010
Zambie	58	26 %	84 %
Kenya	53	21 %	74 %
Guinée	52	14 %	66 %
Rwanda	51	45 %	96 %
Burkina Faso	50	10 %	60 %
Venezuela (République bolivarienne du)	50	12 %	62 %
Tchad	44	5 %	49 %
Bénin	43	23 %	66 %
Togo	41	22 %	63 %
Lesotho	40	16 %	56 %
Ouganda	40	16 %	56 %
Haïti	38	19 %	57 %
Mali	37	16 %	53 %
Zimbabwe	33	32 %	65 %
Cameroun	32	11 %	43 %
Côte d'Ivoire	30	12 %	42 %
Angola	29	10 %	39 %
République-Unie de Tanzanie	29	18 %	47 %
Niger	29	6 %	35 %
Congo	27	21 %	48 %
Ghana	27	13 %	40 %
Burundi	26	13 %	39 %
Mozambique	25	19 %	44 %
Cambodge	25	71 %	96 %

a Les pays sont classés par ordre décroissant de différence de couverture entre les adultes et les enfants.

Au niveau régional, entre 2009 et 2010, seules l'Europe et l'Asie centrale ont connu une augmentation considérable de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, qui est passée de 56 % [47-60 %] à 65 % [55-71 %]. En Afrique subsaharienne, région où la charge de besoin en traitement chez l'enfant est la plus lourde, la couverture est restée stable, à 21 % [19-24 %] en 2010 contre 20 % [17-22 %] en 2009. L'Afrique orientale et australe comptait en 2010 le plus grand nombre d'enfants sous traitement antirétroviral, à savoir 337 000, soit 26 % [23-29 %] de l'estimation du nombre d'enfants ayant besoin de ce traitement ; ce chiffre représente une hausse par rapport à 2009 où ces enfants étaient 255 000, soit une couverture de 23 % [21-26 %]. En Afrique centrale et occidentale, la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants était nettement plus faible. Bien que le nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral soit passé de 41 000 en 2009 à 50 000 en 2010, la couverture a légèrement baissé, passant de 10 % [8-11 %] en 2009 à 9 % [8-11 %] en 2010 (tableau 7.8). La couverture est aussi restée stable en 2010 en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, à 39 % [30-52 %], bien que le nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral soit passé de 36 400 en 2009 à 43 800 en 2010. En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, la couverture est restée la même que l'année précédente à 5 % [3-7 %]. Elle a baissé en Amérique latine et dans les Caraïbes, passant de 45 % [38-55 %] en 2009 à 39 % [32-48 %] en 2010.

Dans le groupe de 25 pays à lourde charge et qui représentent, selon les estimations, 91 % des enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral (figure 7.13), les niveaux de couverture les plus élevés ont été observés au Botswana (88 %) et en Thaïlande (69 %). Les niveaux de couverture les plus faibles ont été observés au Tchad (5 %) et au Soudan (2 %). Bien que des progrès aient été réalisés, moins de 25 % des enfants qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen ont reçu ce traitement en 2010, alors que la couverture était de 51 % chez l'adulte, l'écart étant encore plus prononcé dans certains pays (tableau 7.9). L'écart de couverture entre les enfants et les adultes était d'au moins 25 points de pourcentage en 2010 dans 24 pays qui comptaient plus de 5000 enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral. Il est essentiel de mettre en œuvre des politiques et des interventions adéquates pour s'assurer que les besoins en matière de traitement chez l'enfant sont satisfaits.

7.6 Mesurer l'impact en vue de l'élimination de la transmission mère-enfant

À l'horizon 2015, le Plan mondial (4) vise à réduire de 90 % le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH et de 50 % le nombre de femmes qui meurent de causes liées au VIH au cours de la grossesse, pendant et après l'accouchement (par rapport aux chiffres de 2009), et à moins de 5 % la transmission mère-enfant du VIH. La mesure adéquate des progrès réalisés en vue d'atteindre ces objectifs est l'un des éléments essentiels pour assurer la réussite de ce Plan.

Les partenaires impliqués dans le Plan mondial ont élaboré un guide résumant cinq approches clés pour évaluer l'impact de la prévention de la transmission mère-enfant :¹ (1) modélisation mathématique ; (2) études de cohortes prospectives ou rétrospectives de paires mère-enfant ; (3) évaluation de l'exposition au VIH et statut par rapport au VIH chez les nourrissons de la population générale vus dans les services de vaccination ; (4) enquêtes en population ; et (5) évaluation du statut par rapport au VIH par le biais des programmes de diagnostic précoce chez le nourrisson. Ces approches comprennent des méthodes pour contourner le problème posé par les perdus de vue, qui a causé des difficultés lors de l'évaluation de la prévention de la transmission mère-enfant au cours de la dernière décennie.²

L'Afrique du Sud a récemment terminé la première partie de l'évaluation de l'impact à l'échelle du pays de son programme national de prévention de la transmission mère-enfant. Une enquête transversale a été menée auprès d'enfants vus en consultation de vaccination vers l'âge de 4 à 8 semaines, avec questionnaire à remplir et recueil d'échantillons sous forme de gouttes de sang séché. Un test de recherche d'anticorps a été réalisé pour identifier les enfants qui ont été exposés au VIH ; quand la recherche d'anticorps anti-VIH était positive, un test par PCR a ensuite été effectué sur les gouttes de sang séché afin de rechercher une infection à VIH chez ces enfants. Les résultats préliminaires de cette étude ont montré que 31 % des nourrissons sont nés de mères vivant avec le VIH ; ce pourcentage de séropositivité au VIH chez les mères était plus élevé que celui constaté chez les femmes vues en consultation prénatale, ce qui suggère que certaines mères ont fait une séroconversion au cours de la grossesse. L'estimation du taux national de transmission mère-enfant chez les nourrissons âgés de 4 à 8 semaines était de 3,5 % [2,9-4,1 %], avec des variations d'une région à l'autre, démontrant ainsi qu'il est possible d'obtenir de faibles taux de transmission péripartum. Une fois ajoutée la transmission postnatale par l'allaitement au sein (transmission tardive), l'estimation finale du taux de transmission mère-enfant variait entre 12 et 18 % en 2010.

Cette approche utilisée pour mesurer l'impact peut être particulièrement utile dans les pays où la prévalence de l'infection à VIH et la couverture vaccinale sont élevées, car elle permet l'évaluation des résultats sur un échantillon national représentatif d'enfants vus en consultation de vaccination. Même si elle permet de mesurer les progrès accomplis dans la fourniture

1 En plus de l'OMS, des Centres de Lutte contre la Maladie (CDC) des États-Unis d'Amérique et de l'UNICEF, les organismes ayant contribué à ce jour à l'élaboration de ce guide sont : Initiative Clinton pour l'accès à la santé, International Center for AIDS Care and Treatment Programs, Bureau du Coordonnateur pour les États-Unis d'Amérique de la lutte mondiale contre le sida, ONUSIDA et AID des États-Unis d'Amérique.

2 Les cinq approches ont été présentées lors d'une réunion parallèle spéciale sur la mesure de l'impact de la prévention de la transmission mère-enfant à la Conférence de l'IAS qui s'est tenue à Rome en juillet 2011 ; cinq pays (Afrique du Sud, Kenya, Mozambique, Swaziland et Rwanda) ont partagé leurs expériences de planification ou de mise en œuvre d'une évaluation nationale de l'impact des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (60).

d'interventions pour prévenir la transmission mère-enfant pendant la grossesse et l'accouchement, cette méthode ne tient pas compte de la transmission au cours de l'allaitement au sein, source importante de contamination dans les populations où l'allaitement au sein est le principal mode d'alimentation du nourrisson. Elle ne prend également pas en compte les enfants vivant avec le VIH et déjà décédés avant l'âge de 4 à 8 semaines. Une étude de suivi pour évaluer le taux final de transmission est prévue en Afrique du Sud.

Dans plusieurs pays, des études pour évaluer l'impact des programmes de prévention de la transmission mère-enfant avec collecte directe des données sur les résultats obtenus sont prévues ou en cours ; les résultats ne seront pas disponibles avant 2013. Bien que la modélisation mathématique de la transmission mère-enfant et du nombre d'enfants contaminés par le VIH ait certaines limites, elle reste le seul moyen pour évaluer de manière systématique l'impact dans

de nombreux pays, nombreuses régions du monde et à l'échelle de la planète.

Sur la base des modèles actuels qui tiennent compte de la distribution des schémas d'antirétroviraux, on estime que la transmission mère-enfant a diminué dans les pays à revenu faible ou moyen, passant de 35 % en 2001 à 26 % en 2010. En Afrique subsaharienne, on estime que les taux correspondants de transmission étaient chaque année similaires au taux mondial. Selon les estimations, le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH dans les pays à revenu faible ou moyen était de 536 000 en 2000, 535 000 en 2005, 430 000 en 2009 et 390 000 en 2010. Depuis 1995, le fait de fournir une prophylaxie par antirétroviraux aux femmes enceintes vivant avec le VIH a permis à plus de 350 000 enfants d'éviter de contracter ce virus (encadré 2.9). Les rapports sur le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH dans les 22 pays prioritaires en 2009 et en 2010 se trouvent dans l'annexe 7.

Références

1. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach. 2010 version.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
2. OMS, UNICEF, UNFPA et ONUSIDA. *Towards the elimination of mother-to-child transmission of HIV: report of a WHO technical consultation, 9–11 November 2010, Geneva, Switzerland.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/mtct/elimination_report/en/index.html, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
3. Assemblée générale des Nations Unies. *Déclaration politique sur le VIH/sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida.* New York, Nations Unies, 2011 (<http://www.un.org/fr/ga/aidsmeeting2011/>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
4. ONUSIDA. *Compte à rebours jusqu'à zéro. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie.* Genève, ONUSIDA 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_Fr.pdf, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
5. *Nous pouvons empêcher que les mères meurent et que leurs bébés soient infectés par le VIH. Action conjointe en vue de résultats. Cadre de résultats de l'ONUSIDA : Étude de viabilité 2009–2011.* Genève, ONUSIDA, 2010 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101031_JC1965_PMTC_fr.pdf, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
6. *Strategic Framework for the Prevention of HIV Infections in Infants in Europe.* Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/141203/E84804.pdf, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
7. *European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015.* Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/148517/RC61_InfDoc8.pdf, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
8. Alonso González M. *Concept paper on the Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin American and the Caribbean.* Washington, D.C., Organisation panaméricaine de la Santé, 2010 (http://www.unicef.org/lac/Regional_Monitoring_Strategy.pdf, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
9. Srikantiah P. *Elimination of new paediatric HIV infections and congenital syphilis in Asia-Pacific 2011–2015: conceptual framework and monitoring and evaluation guide.* Thaïlande, Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie de l'Est et le Pacifique, 2011 (http://www.unicef.org/eapro/PPTCT_CF_and_ME_guide_17Aug11.pdf, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
10. Thorne C et al. *Towards the elimination of mother-to-child transmission of HIV in low-prevalence and concentrated epidemic settings in Eastern Europe and Central Asia.* Genève, Bureau régional de l'UNICEF pour l'Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants, et Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/136273/e94882.pdf, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
11. Mother-to-child transmission of HIV and syphilis [site web]. Washington, D.C., Organisation panaméricaine de la Santé, 2011 (<http://www.paho.org/eliminationinitiative>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
12. OPS, UNICEF et ONUSIDA. *Strategy and plan of action for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas: 2010 situation analysis.* Washington, D.C., Organisation panaméricaine de la Santé, à paraître.
13. *Approches stratégiques de la prévention de l'infection à VIH chez l'enfant : rapport d'une réunion de l'OMS, Morges (Suisse), 20–22 mars 2002.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/strategicapproachesfr.pdf>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
14. OMS, UNICEF, UNFPA et Banque Mondiale. *Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990–2008 : estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/fr/index.html>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
15. *World contraceptive use 2011.* New York, Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la Population, 2011 (<http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
16. *World contraceptive use 2010.* New York, Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la Population, 2010 (<http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/Main.html>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
17. OMS, ONUSIDA et UNICEF. *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé : 2010 rapport de situation.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/fr/index.html>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).

18. OMS. *Statistiques sanitaires mondiales 2011*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS2011_Full.pdf, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
19. Mahy M et al. What will it take to achieve virtual elimination of MTCT? An assessment of current progress and future needs. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86: ii48-ii55.
20. *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/gender/women_health_report/fr/index.html, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
21. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010*. Genève, ONUSIDA, 2010 (http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_fr.htm, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
22. UNICEF, ONUSIDA, UNESCO, UNFPA, OIT, OMS et Banque mondiale. *Tirer parti de la crise : prévenir le VIH du début de l'adolescence au début de l'âge adulte*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2011 (http://www.unicef.org/french/publications/index_58708.html, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
23. Hensen B et al. Universal voluntary HIV testing in antenatal care settings: a review of the contribution of provider-initiated testing & counselling. *Tropical Medicine and International Health*, sous presse.
24. Lockman S. Acute maternal HIV infection during pregnancy and breast-feeding: preventing mother-to-child transmission in resource-limited settings. New York, Medscape HIV News, 2010 (<http://www.medscape.com/viewarticle/718849>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
25. MEASURE DHS: all surveys by country [site web]. Calverton, MD., MEASURE DHS, ICF MACRO, 2011 (<http://www.measuredhs.com/What-We-Do/survey-search.cfm?pgtype=main&SrvyTp=country>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
26. Eywo O et al. HIV status in discordant couples in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2010, 10:770-777.
27. Farquhar C et al. Antenatal couple counseling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004, 37:1620-1626.
28. Enquête à indicateurs multiples [site web]. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2011 (http://www.unicef.org/french/statistics/index_24302.html, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
29. *L'élimination mondiale de la syphilis congénitale : raison d'être et stratégie*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/fr/index.html>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
30. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:3-17.
31. Epidemiological synergy: interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases*, 1992, 19:61-77.
32. *Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/fr/index.html, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
33. Stover J, Ross J. *How contraceptive use affects maternal mortality*. Washington, D.C., AID des États-Unis d'Amérique, Health Policy Initiative, 2008 (http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/668_1_TMIH_FINAL_12_19_08.pdf, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
34. Cleland J et al. Family planning: the unfinished agenda. *Lancet*, 2006, 368:1810-1827.
35. *Facts on satisfying the need for contraception in developing countries*. New York, Alan Guttmacher Institute et Londres, Fédération internationale pour la Planification familiale, 2010.
36. Indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le développement [site web]. New York, Division Statistique des Nations Unies (<http://unstats.un.org/unsd/mdg/Default.aspx>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
37. Indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le développement : liste officielle des indicateurs associés aux OMD [site web]. New York, Division Statistique des Nations Unies (<http://unstats.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
38. HANDtoHAND Campaign [site web]. Bruxelles, Coalition pour les Produits de Santé de la Procréation, 2011 (<http://www.rhsupplies.org/handtohand-campaign.html>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).

39. *Glion Consultation on Strengthening the Linkages between Reproductive Health and HIV/AIDS: Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/mctc/reproductivehealth/en/index.html>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
40. Smith R et al. *Family planning saves lives*. 4^{ème} éd. Washington, D.C., Population Reference Bureau, 2009.
41. Reynolds HW et al. The value of contraception to prevent perinatal HIV transmission. *Sexually Transmitted Diseases*, 2006, 33:350-356.
42. Reynolds HW et al. Contraception to prevent HIV-positive births: current contribution and potential cost savings in PEPFAR countries. *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84:ii49-ii53.
43. Stover J et al. *Adding family planning to PMTCT sites increases the benefits of PMTCT*. Washington, D.C., AID des États-Unis d'Amérique, 2003.
44. Mbatia R et al. Unmet need for family planning and low rates of dual method protection among men and women attending HIV care and treatment services in Kenya, Namibia and Tanzania. 6^{ème} Conférence de l'IAS sur la pathogenèse, le traitement et la prévention du VIH, Rome, Italie, 17-20 juillet 2011 (Résumé TUPDC0102 ; <http://pag.ias2011.org/abstracts.aspx?aid=1893>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
45. Matthews LT et al. Reproductive decision-making and periconception practices among HIV-positive men and women accessing HIV care in Durban, South Africa. 6^{ème} Conférence de l'IAS sur la pathogenèse, le traitement et la prévention du VIH, Rome, Italie, 17-20 juillet 2011 (Résumé TUPE325 ; <http://pag.ias2011.org/abstracts.aspx?aid=2955>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
46. Brubaker SG et al. Theoretical acceptability of four interventions to reduce the risk of HIV transmission among HIV discordant couples trying to conceive. 6^{ème} Conférence de l'IAS sur la pathogenèse, le traitement et la prévention du VIH, Rome, Italie, 17-20 juillet 2011 (Résumé TUPE33 ; <http://pag.ias2011.org/abstracts.aspx?aid=4090>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
47. Jhangri GS et al. Unmet need for effective family planning in HIV-infected individuals: results from a survey in rural Uganda. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2011 [Publication en ligne avant impression].
48. Saxton J et al. Previous reproductive history and post-natal family planning among HIV-infected women in Ukraine. *Human Reproduction*, 2010, 25:2366-2373.
49. Saxton J et al. Use of condoms and family planning by HIV-positive women of childbearing age in Ukraine. 3^{ème} Conférence sur le sida en Europe orientale et en Asie centrale, Moscou, Fédération de Russie, 28-30 octobre 2009.
50. Guay LA et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 1999, 354:795-802.
51. *Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/fr/index.html, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
52. Thorne C et al. Prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus among pregnant women using injecting drugs in Ukraine, 2000-10. *Addiction*, doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03609.x.
53. OMS. *Rapid advice: infant feeding in the context of HIV*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/advice/en>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
54. OMS. *Bilan : le VIH chez l'enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (<http://www.who.int/hiv/toronto2006/takingstockchildrenfr.pdf>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
55. *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant : vers un accès universel : recommandations pour une approche de santé publique - Mise à jour 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/infants2010/fr/index.html>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
56. *Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: towards universal access. Executive summary of recommendations: preliminary version for program planning 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/paed-prelim-summary.pdf>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
57. *WHO recommendations on the diagnosis of HIV infection in infants and children*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/diagnosis/en/index.html>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).

58. *Co-trimoxazole prophylaxis for HIV-exposed and HIV-infected infants and children: practical approaches to implementation and scale up*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/cotrimoxazole.pdf>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).
59. Le Groupe de travail sur les soins et le traitement pédiatriques, Équipe spéciale inter-institutions sur la prévention et le traitement des infections à VIH chez les femmes enceintes, les mères et les enfants. *Paediatric advocacy tool kit for improved paediatric HIV diagnosis, care and treatment in high prevalence countries and regions*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
60. Dinh T-H. A generic protocol on measuring PMTCT impact through immunization clinic surveys [présentation sous forme de diapositives]. 6^{ème} Conférence de l'IAS sur la pathogenèse, le traitement et la prévention du VIH, Rome, Italie, 17-20 juillet 2011 (<http://pag.ias2011.org/session.aspx?s=23>, consulté en ligne le 26 décembre 2011).

Conclusions: parvenir à l'accès universel et le pérenniser

Au cours des 10 dernières années, la riposte mondiale au VIH s'est traduite par des réalisations extraordinaires. L'incidence de l'infection a reculé de plus de 25 % dans 33 pays entre 2001 et 2009, et la prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes consultant dans un dispensaire de soins prénatals a chuté de 25 % ou plus dans 7 pays (1). À la fin 2010, plus de 6,65 millions de personnes suivaient une thérapie antirétrovirale dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, soit 16 fois plus que les 400 000 personnes recensées en décembre 2003. Quarante-huit pays à revenu faible ou intermédiaire proposent désormais une thérapie antirétrovirale à plus de 50 % des adultes concernés, dont 10 pays qui sont parvenus à l'accès universel, et près de la moitié des femmes enceintes ont bénéficié, en 2010, des schémas thérapeutiques les plus efficaces pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Suite à ces efforts, le nombre annuel des décès liés au VIH dans le monde a chuté, passant du pic de 2,2 millions enregistrés en 2005 à l'estimation de 1,8 million en 2010.

Des progrès importants ont été enregistrés depuis la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies de 2001 consacrée au VIH/sida, depuis le lancement, en décembre 2003, de l'Initiative des 3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005 ainsi que l'adoption de la Déclaration politique de 2006 sur le VIH/sida. Mais le présent rapport appelle cependant l'attention sur les multiples défis qu'il convient de relever avant que l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et à l'accompagnement ne devienne une réalité au plan mondial. En 2010, on estimait à 2,7 millions [2 400 000-2 900 000] le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, dont 390 000 [340 000-450 000] enfants, ce qui porte à 34 millions [31 600 000-35 200 000] le nombre total de personnes vivant avec le VIH. La couverture, la qualité et l'accessibilité de nombreuses interventions, notamment auprès des populations les plus exposées au risque d'infection, pèchent toujours par leur insuffisance. La plupart des personnes vivant avec le VIH n'ont pas conscience de leur séropositivité et, dans bien des contextes, la mise en place de la thérapie antirétrovirale est encore très tardive. Le taux de rétention des patients aux différentes étapes de la prise en charge depuis le dépistage du VIH jusqu'au traitement antirétroviral à long terme est insuffisant, et

un grand nombre nombre de personnes séropositives sont perdues de vue.

Une période riche en opportunités

Malgré tout ce qui précède, la riposte mondiale au VIH s'est rarement trouvée en meilleure position de relever tous ces défis. L'année 2011 s'est caractérisée par un nouvel élan politique et des avancées scientifiques importantes ont été annoncées. La récente réunion de haut niveau de l'Assemblée Générale des Nations Unies consacrée au sida (2) a ranimé l'enthousiasme des partenaires. Sa déclaration finale reconnaît pleinement le rôle capital de l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et aux services d'accompagnement pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Elle définit un cadre précis permettant de réaliser, d'ici 2015, des objectifs chiffrés ambitieux, et notamment de réduire de 50 % la transmission sexuelle, de diminuer de moitié le nombre de personnes vivant avec le VIH qui décèdent de la tuberculose, et de proposer une thérapie antirétrovirale à un minimum de 15 millions de personnes. La communauté internationale a aussi élaboré et approuvé un plan mondial détaillé et pragmatique en appui à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et à l'amélioration de la santé maternelle d'ici 2015 (3).

Des données et innovations scientifiques récentes ont aussi élargi la palette des interventions susceptibles de parvenir à de tels objectifs. Les barrières qui existaient entre traitement et prévention ont vécu. L'étude HPTN 052, qui fait date, montre désormais clairement que la thérapie antirétrovirale peut réduire la transmission du VIH de façon spectaculaire. De même, plusieurs études ont mis en évidence l'efficacité de la prophylaxie préexposition pour atténuer le risque de contracter le VIH, notamment parmi les hommes avant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

De telles avancées ont aussi insufflé un nouvel élan à la recherche et au développement de vaccins et la communauté scientifique participe activement à la conception d'approches susceptibles de déboucher sur une éventuelle guérison définitive. Vu l'enjeu, toutefois, l'importance de l'innovation va bien au-delà des découvertes scientifiques. Elle est aussi essentielle

pour améliorer et mettre à l'échelle voulue les technologies existantes, tout en élaborant de nouvelles méthodologies à même de mobiliser les ressources disponibles et d'optimiser les résultats.

Innovation et efficacité : le programme à réaliser

Une riposte au VIH mondiale et optimisée, reposant sur des méthodes novatrices et plus efficaces, est la pierre angulaire de la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida pour 2011-2015 (4) et du nouveau cadre d'investissement proposé par l'ONUSIDA et ses partenaires. Promouvoir l'élargissement de six activités programmatiques essentielles, conformément aux besoins de la population, investir dans l'action des acteurs sociaux et des acteurs participants à l'exécution des programmes et rechercher la synergie avec d'autres secteurs de développement revient à mieux cibler l'investissement qui peut alors se traduire par une réduction de l'ordre de 12 millions du nombre de personnes infectées par le VIH et une baisse de 7,4 millions du nombre de décès d'ici par rapport au scénario de base. Maximiser l'efficacité et l'impact en élaborant de nouvelles modalités de prestation de services et en les élargissant est aussi un volet essentiel des cinq piliers de l'Initiative Traitement 2.0.

S'il est essentiel de rentabiliser l'investissement des ressources disponibles, la mise en œuvre pleine et entière de cette approche optimisée nécessite un apport complémentaire compris entre 7 et 9 milliards US\$ par an, en sus des 15 milliards US\$ actuellement disponibles, pour élargir la couverture des interventions essentielles. Or, les ressources mondiales destinées à financer la riposte au VIH ont reculé en 2010, malgré des preuves de son efficacité et son impact. Les programmes de lutte contre le VIH doivent être financés dans leur intégralité, non seulement dans le but de pérenniser les acquis mais aussi de veiller à ce que les interventions atteignent l'ampleur et l'intensité nécessaires pour maximiser les profits que peut en tirer la population.

Après quasiment une décennie d'efforts et de résultats sans précédent, il est devenu évident que l'accès universel de la population à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et à l'accompagnement passe nécessairement par une évolution de la demande et de l'offre de services. Il faut se mobiliser davantage pour inciter les utilisateurs à rechercher les services voulus et veiller à ce qu'ils puissent y accéder ; il faut adapter les systèmes et les renforcer de manière à ce qu'ils soient en mesure de proposer, en temps utile, des interventions abordables et de grande qualité.

Atteindre les populations et les maintenir dans la filière de soins

Dans de nombreux contextes, les résultats obtenus reflètent une couverture des segments de population les plus accessibles, souvent des citoyens plus instruits disposant de ressources péuniaires comparativement plus grandes et se trouvant géographiquement plus

proches des systèmes de santé (5-7). Une action intensifiée et des stratégies novatrices s'imposent pour élargir la prestation de services aux populations plus difficiles à atteindre, notamment les communautés rurales plus modestes et les populations qui, par excellence, sont les plus exposées au risque d'infection et de transmission du VIH, à savoir : les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les transsexuels, les travailleurs du sexe, les toxicomanes, les migrants et les détenus.

On dispose maintenant de données plus étoffées sur la charge de morbidité de l'épidémie qui sévit parmi ces populations, y compris dans les pays où elle est généralisée comme en Afrique subsaharienne. Or la riposte accuse un retard considérable. En Europe orientale et en Asie centrale par exemple, les personnes qui consomment des drogues par injection - l'une des populations clés les plus gravement touchées - continuent d'avoir moins de chances d'accéder à une thérapie antirétrovirale que des personnes ayant contracté le VIH par d'autres voies de transmission. De plus, les populations clés les plus exposées à l'infection à VIH continuent d'être fortement stigmatisées, pénalisées et harcelées, ce qui entrave leur aptitude et leur propension à s'intéresser à la prévention, au traitement, aux soins et à l'accompagnement qui pourraient leur sauver la vie. La violence à l'encontre des femmes demeure, elle aussi, une grande source d'inégalité en matière de services sanitaires. La prise en compte de ces situations nécessite un solide renforcement des cadres régissant les Droits de l'Homme de façon à ce que ces populations puissent être protégées comme il convient et accéder librement, sans crainte de persécutions ou de représailles, aux services adaptés à leurs besoins.

Une plus grande vigilance est également nécessaire si l'on veut que les personnes qui connaissent leur statut sérologique soient suivies de manière adéquate et puissent aussi intégrer une filière de soins ou recevoir une thérapie antirétrovirale. Par exemple, bon nombre de femmes enceintes ne restent pas dans la filière de soins pour leur propre santé, même si leur séropositivité est établie et qu'on leur administre des antirétroviraux pour empêcher la transmission verticale du VIH. Le manque de suivi a aussi des répercussions négatives sur leur nouveau-né, lequel ne bénéficie pas d'un diagnostic précoce et ne peut donc recevoir le traitement nécessaire s'il est dépisté comme séropositif. Il y a donc lieu d'améliorer le maintien des patients dans la filière d'interventions en resserrant les liens entre les différentes composantes du système de soins, en décelant les principaux obstacles et en les prenant en compte. Plusieurs pays ont progressé dans l'élaboration de systèmes tendant à mesurer et à réduire le taux de perte de vue des patients.

Adapter les services aux besoins des clients

Les expériences des pays qui sont parvenus à l'accès universel pour certains volets du programme, comme le Rwanda, montrent clairement l'impérieuse nécessité de rapprocher les services des communautés. Les coûts de transport et d'opportunité peuvent avoir un

effet fortement dissuasif sur la quête de soins et de produits médicaux associés, ce qui est déterminant vu la spécificité de la thérapie antirétrovirale (traitement à vie). La décentralisation de services de grande qualité vers l'échelon le plus bas possible du système de santé peut faciliter un diagnostic précoce et la rétention des patients ; elle pourrait peut-être faciliter l'accès aux services des populations non urbaines et souvent plus démunies (8).

Les structures et les filières des systèmes doivent être intégrées et coordonnées afin que les utilisateurs puissent aller plus aisément et plus rapidement des uns aux autres. Des rendez-vous multiples, programmés pour des jours différents et dans des services différents découragent les patients de consulter avec assiduité. En outre, une conception axée sur le patient suppose la reconnaissance de ses besoins multiples, qui vont au delà de ceux spécifiquement liés au VIH, lorsqu'il intègre le système de santé. Par exemple, une femme peut très bien avoir besoin de planification familiale pour elle-même et de vaccins pour ses enfants en plus des antirétroviraux. Pourtant, les besoins du patient sont encore trop souvent perçus et traités séparément, et les occasions manquées ont souvent des effets extrêmement préjudiciables sur les résultats sur la santé en général.

Il convient de resserrer la collaboration entre les services et de développer l'intégration, notamment pour ceux qui sont chargés de la santé maternelle et infantile, de la réduction des risques, de la santé sexuelle et génésique ainsi que de la prise en charge de la tuberculose, d'autres infections sexuellement transmissibles et de l'hépatite virale. Les dispositifs institutionnels doivent prendre en compte le contexte local, en particulier les profils épidémiologiques. Ils peuvent englober un large spectre allant du renforcement des systèmes de référence à la mise en place de dispensaires polyvalents où la même équipe médicale peut offrir de multiples interventions. Une coordination plus étroite entre les programmes de lutte contre le VIH et les maladies non transmissibles est, elle aussi, essentielle pour élargir la couverture des interventions qui peuvent porter sur de nombreuses autres affections critiques, y compris celles qui sont liées au vieillissement, à une alimentation carencée, à un réseau d'assainissement déficient ainsi qu'aux troubles mentaux.

Établir des systèmes permettant de parvenir à l'accès universel et de le pérenniser

À mesure que les programmes de lutte contre le VIH gagnent de l'ampleur, les systèmes de santé doivent être prêts à soigner davantage de monde, à un stade plus précoce de l'infection à VIH et pour une durée plus longue. Lorsque la pénurie de soignants est grave, il convient d'élaborer et de mettre sur pied des stratégies

renforcées de redéploiement du personnel afin de remédier aux goulets d'étranglement et d'assurer la pérennité des programmes. Les soignants doivent être dûment formés et épaulés pour prendre en charge les besoins d'un nombre croissant de patients nécessitant des soins à vie. Au Malawi, les programmes locaux ont expérimenté des approches novatrices qui ont donné d'excellents résultats. Les systèmes d'achats et de gestion des stocks demandent aussi à être améliorés et développés car les ruptures de stocks d'antirétroviraux sont encore monnaie courante dans plus du tiers des pays déclarants, à revenu faible ou intermédiaire. Cela vaut d'autant plus que l'on commence à disposer de nouveaux produits et modes d'intervention, comme les tests diagnostiques réalisés sur les lieux de soins, et à les intégrer dans les chaînes d'approvisionnement des soins de santé.

Les systèmes de gouvernance doivent être renforcés afin de veiller à ce que l'exercice de l'autorité respecte les règles d'intégration et de transparence et la responsabilité de rendre des comptes. À cet égard, les communautés de personnes vivant avec le VIH ou affectées par le sida doivent participer pleinement à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des ripostes nationales pertinentes. Leur militantisme assidu est essentiel pour catalyser et pérenniser l'élan politique.

Si des méthodologies d'urgence ont permis de mettre en place ou de conforter les programmes de lutte contre le VIH en vue d'un élargissement rapide dans la plupart des pays, il y a lieu d'accélérer leur transition vers des modèles durables de prestation de services. Pour ce faire, il faut aborder trois questions clés. Premièrement, la capacité des pouvoirs publics, des communautés et des organisations de la société civile à participer aux ripostes nationales doit être renforcée. En outre, les ripostes au VIH doivent être clairement associées aux autres objectifs et cadres socio-économiques nationaux de façon à ce que les programmes abordent l'épidémie dans le contexte élargi de la santé et du développement. Enfin, comme l'espérance de vie s'accroît et que la prise en charge du VIH évolue vers un modèle de traitement des maladies chroniques, il convient de s'intéresser davantage au suivi de la qualité des services fournis puisque ce volet a une forte incidence sur l'observance à long terme du traitement, sur le maintien du patient dans la filière de soins et sur les résultats en santé.

Les défis que pose l'accès universel sont considérables, au même titre que les ressources techniques, l'appui politique et l'engagement de tous les partenaires intervenant dans la riposte mondiale au VIH. En investissant davantage de façon ciblée, en exploitant les réalisations actuelles et en appliquant les enseignements tirés de la mise en œuvre des programmes, on pourra renforcer l'efficacité, la qualité et la couverture des interventions de façon à ce qu'au final, l'accès universel à une prévention du VIH élargie et de qualité, associée à des traitements, des soins et un accompagnement, devienne une réalité.

Références

1. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida. Genève, ONUSIDA, 2010 (http://www.unaids.org/globalreport/global_report.htm, consulté le 15 octobre 2011).
2. Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration politique sur le VIH/sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida. New York, Nations Unies, 2011 (<http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/65/L.77>, consulté le 15 octobre 2011).
3. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leur mère en vie - 2011-2015. Genève, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf, consulté le 15 octobre 2011).
4. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida pour 2011-2015. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf, consulté le 15 octobre 2011).
5. Schneider H. et al. Urban-rural inequalities in access to ART: results from facility based surveys in South Africa. SIDA 2010 - XVIIIe Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18-23 juillet 2010 (Abstract TUPE0987 ; (<http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=12&abstracted=200738997>)).
6. The Zimbabwe health-sector investment case (2010-2012): accelerating progress towards the Millennium Development Goals. Zimbabwe, Ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfance, 2010.
7. USAID Health Policy Initiative [Initiative des politiques de santé de l'AID des États-Unis d'Amérique]. Equity: quantify inequalities in access to health services and health status. Washington, DC, Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1, 2010 (http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1274_1_EQUITY_Quantify_FINAL_Sept_2010_acc.pdf, consulté le 15 octobre 2011).
8. Mekonnen Y. et al. Equity and access to ART in Ethiopia. Washington, DC, Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1, 2010 (http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1262_1_Ethiopia_ART_Equity_FINAL_acc.pdf, consulté le 15 octobre 2011).

Annexe 1 Proportion déclarée de femmes vues en consultation prénatale qui ont fait un test de dépistage de la syphilis à leur première visite, de femmes séropositives pour la syphilis, de professionnel(le)s du sexe séropositifs pour la syphilis active, d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et séropositifs pour la syphilis active, selon les données transmises par les pays à revenu faible ou moyen, en 2010^a

Pays	% de femmes vues en consultation prénatale qui ont fait un test de dépistage de la syphilis à leur première visite	Année	% de femmes vues en consultation prénatale séropositives pour la syphilis	Année	% de professionnel(le)s du sexe séropositifs pour la syphilis active	Année	% d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et séropositifs pour la syphilis active	Année
Nombre de pays ayant transmis des données	63		75		40		31	
Afghanistan	...	...	...	...	8,7 %	2010	17,0 %	2010
Afrique du Sud	74,5 %	2010	2,2 %	2010	...	...	...	...
Argentine	84,4 %	2010	1,3 %	2010	22,4 %	2008	20,5 %	2008
Bangladesh	...	...	0,6 %	2008	4,2 %	2007	1,0 %	2007
Belize	90,4 %	2010	1,4 %	2010	...	...	...	...
Bhoutan	...	...	1,0 %	2006	...	...	...	...
Botswana	...	...	1,3 %	2009	...	...	...	...
Brésil	75,1 %	2006	...	...	2,5 %	2009	13,4 %	2009
Burkina Faso	0,9 %	2009	1,4 %	2009	...	...	...	...
Cambodge	...	...	0,4 %	2010	2,3 %	2005	0,9 %	2005
Cameroun	...	...	0,6 %	2009	...	...	...	...
Chili	100 %	2010	0,2 %	2010	6,3 %	2010	...	...
Chine	...	...	0,4 %	2010	2,9 %	2010	8,4 %	2010
Colombie	85,4 %	NR	0,6 %	2010	...	...	3,3 %	NR
Comores	0,0 %	2010	0,0 %	NR	0,5 %	2010	...	...
Costa Rica	85,0 %	2009	1,4 %	2009	12,9 %	2009	13,7 %	2009
Côte d'Ivoire	...	...	0,2 %	2008	...	...	...	...
Cuba	100 %	2010	0,0 %	2010	...	...	...	...
Djibouti	63,3 %	2009	0,2 %	2009	...	...	...	...
El Salvador	63,6 %	2009	0,5 %	2009	2,7 %	2008	6,2 %	2008
Equateur	67,8 %	2009	0,1 %	NR	...	...	6,5 %	NR
Erythrée	0,0 %	2010	...	...	...	...	...	...
Ethiopie	...	...	2,2 %	2007	...	...	...	...
Fidji	100 %	NR	2,8 %	NR	...	...	26,5 %	NR
Gabon	...	...	0,6 %	NR	2,1 %	2010	...	...
Ghana	9,0 %	2010	3,4 %	2010	...	...	...	...
Grenade	100 %	NR	3,7 %	NR	...	...	...	...
Guatemala	13,5 %	2010	4,2 %	2010	4,8 %	2010	16,7 %	2010
Guinée équatoriale	35,8 %	NR	14,0 %	NR	...	...	...	...
Guinée-Bissau	...	...	1,1 %	2009	19,6 %	2010	2,0 %	2010
Guyana	100 %	2010	0,2 %	2008	...	...	...	...
Haïti	68,4 %	2010	4,7 %	2010	...	...	...	...
Honduras	41,5 %	2010	1,5 %	NR	1,5 %	NR	12,9 %	NR
Hongrie	...	...	...	...	...	...	4,4 %	NR
Îles Salomon	72,8 %	2010	6,7 %	2010	...	...	...	...
Inde	65,4 %	2010	0,3 %	2010	...	...	...	...
Indonésie	...	...	...	...	6,1 %	2009	8,0 %	2009
Iran (République islamique d')	0,0 %	NR	...	...	...	...	...	...
Iraq	27,3 %	2010	0,0 %	2010	...	...	...	...

Pays	% de femmes vues en consultation prénatale qui ont fait un test de dépistage de la syphilis à leur première visite	Année	% de femmes vues en consultation prénatale séropositives pour la syphilis	Année	% de professionnel(le)s du sexe séropositifs pour la syphilis active	Année	% d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et séropositifs pour la syphilis active	Année
	Jamaïque	73,1 %	2010	1,6 %	2010	1,2 %	2008	15,0 %	2007
Jordanie	0,0 %	NR	...	...	...	...	...	...
Kenya	58,8 %	2010	1,8 %	2010	0,8 %	2010	0,9 %	2010
Kiribati	100 %	2010	...	...	...	...	...	...
Lesotho	66,9 %	2010	1,6 %	2010	...	...	...	...
Libéria	10,9 %	2010	13,6 %	2010	...	...	...	...
Madagascar	84,7 %	2010	6,0 %	2010	12,2 %	2007	...	...
Malaisie	98,7 %	2010	0,1 %	2010	...	...	...	...
Malawi	...	...	1,1 %	2007	...	...	...	...
Maldives	41,7 %	2010	0,0 %	2010	...	...	...	...
Mali	...	...	2,4 %	2009	0,0 %	2009	...	...
Maroc	...	...	0,6 %	2010	9,4 %	2010	16,8 %	2010
Maurice	100 %	2010	0,1 %	2010	4,4 %	2010	5,8 %	2010
Mongolie	82,9 %	2010	2,2 %	2010	18,3 %	2009	5,4 %	2009
Mozambique	66,7 %	2010	5,7 %	NR	...	...	...	...
Myanmar	8,1 %	NR	0,7 %	2010	...	...	...	...
Namibie	93,8 %	2010	1,7 %	2010	...	...	...	...
Népal	...	...	...	...	1,0 %	2008	1,5 %	2009
Nicaragua	60,0 %	2010	0,5 %	2010	5,3 %	2010	6,4 %	2010
Niger	...	...	...	...	2,3 %	2010	...	...
Nigéria	...	...	1,5 %	2005	...	...	...	...
Oman	99,4 %	2010	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	...	7,0 %	2010	21,1 %	2010	...	...
Paraguay	52,7 %	2010	4,5 %	2010	14,6 %	NR	18,8 %	NR
Pérou	72,1 %	2010	0,3 %	2010	...	...	...	...
Philippines	...	...	0,2 %	NR	1,3 %	2009	2,1 %	2009
République centrafricaine	71,9 %	2010	10,0 %	2010	...	...	...	...
République de Moldova	...	...	0,4 %	2010	8,9 %	2010	12,1 %	2010
République démocratique du Congo	2,1 %	2009	3,3 %	2009	...	...	...	...
République démocratique populaire lao	...	...	...	...	0,6 %	2008	...	...
République dominicaine	...	...	0,5 %	2010	5,1 %	2010	7,0 %	2010
République-Unie de Tanzanie	78,1 %	2007-2008	2,8 %	2007-2008	2,5 %	2010	...	...
Rwanda	75,2 %	2010	1,5 %	2010	...	...	...	...
Samoa	100 %	...	2,3 %	NR	...	...	...	...
Sao Tomé-et-Principe	89,2 %	2010	0,4 %	2010	...	...	...	...
Seychelles	100 %	...	0,0 %	NR	...	...	...	...
Sierra Leone	0,0 %	2010	1,4 %	NR	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	0,1 %	2010	...	...	...	...
Somalie	8,5 %	2010	1,3 %	2010	3,4 %	2008	...	...

Pays	% de femmes vues en consultation prénatale qui ont fait un test de dépistage de la syphilis à leur première visite		% de femmes vues en consultation prénatale séropositives pour la syphilis		% de professionnel(le)s du sexe séropositifs pour la syphilis active		% d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et séropositifs pour la syphilis active	
	Année		Année		Année		Année	
Soudan	3,3 %	2010	2,2 %	2009-2010	...	...	...	...
Sri Lanka	98,0 %	NR	0,0 %	NR	3,0 %	2009	4,7 %	2009
Swaziland	34,8 %	2009	8,3 %	2010	...	...	...	...
Tadjikistan	...	...	...	...	11,5 %	2010	...	...
Thaïlande	...	...	0,1 %	2010	0,6 %	2010	...	...
Timor-Leste	0,0 %	NR	...	...	8,8 %	2010	5,3 %	2010
Togo	4,6 %	2010	1,2 %	2010	...	...	...	...
Turquie	...	...	...	...	2,9 %	2010	...	...
Ukraine	...	...	...	...	4,4 %	2009	1,9 %	2009
Uruguay	94,6 %	2009	1,3 %	2009	...	...	...	...
Venezuela (République bolivarienne du)	96,1 %	NR	1,9 %	NR	...	...	...	...
Viet Nam	...	...	...	...	1,6 %	2009	1,1 %	2009
Zambie	43,3 %	2010	5,3 %	2010	...	...	...	...
Zimbabwe	56,1 %	2010	4,3 %	2010	...	...	...	...

... Données non disponibles ou sans objet.

NR Données non renseignées.

a Les données doivent être interprétées avec précaution dans la mesure où elles peuvent ne pas être représentatives au point de vue national et du fait de la diversité des méthodes employées par les pays.

Annexe 2 Nombre déclaré d'établissements proposant un conseil et un dépistage du VIH et nombre de personnes âgées de 15 ans et plus ayant effectué un test VIH et reçu un conseil, dans les pays à revenu faible ou moyen, en 2009 et 2010

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Établissements proposant un conseil et un dépistage du VIH en 2009		Établissements proposant un conseil et un dépistage du VIH en 2010		Nombre de personnes de 15 ans et plus ayant effectué un test VIH et reçu un conseil en 2009 ^b			Nombre de personnes de 15 ans et plus ayant effectué un test VIH et reçu un conseil en 2010 ^b		
	Nombre déclaré	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Nombre déclaré	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Période faisant l'objet du rapport	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Période faisant l'objet du rapport
Afghanistan	25	0,2	11	0,1	8 001	0,6	Janv. 09-Déc. 09	22 844	1,6	Janv. 10-Déc. 10
Afrique du Sud	4 326	15,8	4 552	16,7	6 989 312	256,1	Janv. 09-Déc. 09	6 553 952	240,1	Janv. 10-Déc. 10
Albanie	...	...	18	1,1	...	...		2 896	1,7	Oct. 09-Sept. 10
Algérie	...	...	59	0,3	...	...		53 736	2,6	Janv. 10-Déc. 10
Angola	285	3,3	270	3,1	...	...		442 200	51,6	Janv. 10-Déc. 10
Argentine	7 856	38,7	7 856	38,4	...	...		...	...
Arménie	150	9,2	150	9,3	70 955	43,7	Janv. 09-Déc. 09	71 316	44,4	Janv. 10-Déc. 10
Azerbaïdjan	...	...	...	...	...	...		361 574	66,6	Janv. 10-Déc. 10
Bangladesh	105	0,1	105	0,1	26 369	0,3	Janv. 09-Déc. 09	33 190	0,4	Janv. 10-Déc. 10
Bélarus	1 070	20,9	1 070	21,4	...	...		816 234	163,3	Janv. 10-Déc. 10
Belize	43	26,3	66	39,6	23 802	145,5	Janv. 09-Déc. 09	27 305	163,9	Janv. 10-Déc. 10
Bénin	126	3	416	10	280 982	67	Janv. 09-Déc. 09	318 389	76,9	Oct 09-Sept. 10
Bhoutan	34	8,8	...	...	...	...		8 915	21,7	Janv. 10-Déc. 10
Bolivie (État plurinational de)	250	5,1	305	6,1	210 021	42,5	Janv. 09-Déc. 09	260 641	52,2	Janv. 10-Déc. 10
Bosnie-Herzégovine	40	2,1	41	2,1	20 369	10,5	Janv. 09-Déc. 09	19 897	10,3	Janv. 10-Déc. 10
Botswana	666	62,7	865	79,2	330 159 ^d	311	Janv. 09-Déc. 09	353 430	323,6	Janv. 10-Déc. 10
Brésil	3 579	3,4	3 579	3,4	...	...		16 768 609	157,3	Janv. 10-Déc. 10
Bulgarie	...	...	...	...	...	...		...	...
Burkina Faso	1 267	17,4	1 531	19,9	602 961	82,6	Janv. 09-Déc. 09	565 311	73,4	Janv. 10-Déc. 10
Burundi	319	7,4	399	9,2	281 959	65,6	Janv. 09-Déc. 09	373 895	85,8	Janv. 10-Déc. 10
Cambodge	233	2,9	246	3,2	622 127	77,2	Janv. 09-Déc. 09	762 774	98,5	Janv. 10-Déc. 10
Cameroun	2 025	21,4	2 067	21,6	450 022	47,6	Janv. 09-Déc. 09	648 019	67,7	Janv. 10-Déc. 10
Cap-Vert	205	76,5	...	...	25 075	93,5	Janv. 09-Déc. 09	...	...
Chili	844	9,3	1 897	20,7	560 147	61,5	Janv. 09-Déc. 09	427 011	46,6	Janv. 10-Déc. 10
Chine	7 335	1	9 475	1,3	...	...		...	...
Colombie	...	...	...	...	...	...		772 116	31	Janv. 10-Déc. 10
Comores	14	4	15	4,3	3 281	9,4	Janv. 09-Déc. 09	4 428	12,6	Janv. 10-Déc. 10
Congo	103	5,7	118	6	82 332	45,8	Janv. 09-Déc. 09	89 546	45,5	Janv. 10-Déc. 10
Costa Rica	1 106	43,3	1 166	44,7	...	...		...	...
Côte d'Ivoire	550	5,5	636	6,8	727 290	72,5	Janv. 09-Déc. 09	791 424	84,6	Janv. 10-Déc. 10
Croatie	10	0,5	10	0,5	1 643	0,8	Janv. 09-Déc. 09	2 866	1,4	Janv. 10-Déc. 10
Cuba	378	6,2	378	6,2	1 888 065	310,7	Janv. 09-Déc. 09	...	...
Djibouti	28	6,1	...	...	14 154	31,1	Janv. 09-Déc. 09	9 936	21,2	Janv. 10-Déc. 10
Dominique	60	172,1	52	146,7	4 402	126,3	Janv. 09-Déc. 09	...	...
Egypte	...	...	127	0,3	...	...		14 185	0,3	Janv. 10-Déc. 10
El Salvador	489	15,7	658	20,5	362 628	116,6	Janv. 09-Déc. 09	...	...
Equateur	1 263	18	2 406	31,5	403 263	57,3	Janv. 09-Déc. 09	415 770	54,5	Janv. 10-Déc. 10
Erythrée	...	...	173	6,6	132 829	52,2	Janv. 09-Déc. 09	127 202	48,2	Janv. 10-Déc. 10
Ethiopie	1 823	4,7	2 243	5,6	6 630 647	172,3	Janv. 09-Déc. 09	9 407 180	235,6	Janv. 10-Déc. 10
Ex-République yougoslave de Macédoine	14	1,3	24	2,2	...	...		...	...
Fédération de Russie	...	...	...	...	...	...		...	...
Fidji	31	7	26	5,6	27 865	63,3	Janv. 09-Déc. 09	17 182	37,1	Janv. 10-Déc. 10

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Établissements proposant un conseil et un dépistage du VIH en 2009		Établissements proposant un conseil et un dépistage du VIH en 2010		Nombre de personnes de 15 ans et plus ayant effectué un test VIH et reçu un conseil en 2009 ^b			Nombre de personnes de 15 ans et plus ayant effectué un test VIH et reçu un conseil en 2010 ^b		
	Nombre déclaré	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Nombre déclaré	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Période faisant l'objet du rapport	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Période faisant l'objet du rapport
Gabon	119	15,8	119	15,3	33 550	44,5	Janv. 09-Déc. 09	48 348	62,2	Janv. 10-Déc. 10
Gambie	34	4,2	35	4,2	47 549	66	Jan. 09-Oct. 09	58 326	70,1	Janv. 10-Déc. 10
Géorgie	...	...	334	15	...	...		70 615	31,8	Janv. 10-Déc. 10
Ghana	808	6,7	1 059	8,7	1 253 312	104,4	Janv. 09-Déc. 09	1 063 085	87,3	Janv. 10-Déc. 10
Grenade	38	65,9	48	83,1	...	...		3 293	57	Janv. 10-Déc. 10
Guatemala	230	3,5	258	3,8	243 644	37,3	Janv. 09-Déc. 09	216 139	32	Janv. 10-Déc. 10
Guinée	83	1,8	83	1,8	74 090	15,8	Janv. 09-Déc. 09	166 576	35,8	Janv. 10-Déc. 10
Guinée équatoriale	80	24,6	...	...	24 256	74,6	Janv. 09-Déc. 09	24 075	70,2	Janv. 10-Déc. 10
Guinée-Bissau	62	8,4	62	8,6	24 871	33,8	Janv. 09-Déc. 09	73 476	102,2	Janv. 10-Déc. 10
Guyana	168	42,7	206	52,2	99 837 ^e	253,8	Janv. 09-Déc. 09	106 484	270	Janv. 10-Déc. 10
Haïti	167	3,3	170	3,3	681 002	132,8	Janv. 09-Déc. 09	504 827	98,8	Janv. 10-Déc. 10
Honduras	700	18,5	743	19,1	199 006	52,5	Janv. 09-Déc. 09	265 541	68,2	Janv. 10-Déc. 10
Hongrie	144	3	144	3	99 538	20,6	Janv. 09-Déc. 09	...	...
Îles Cook	...	...	...	...	...	...		...	...
Îles Marshall	2	6	...	...	...	...		...	...
Îles Salomon	...	...	25	9,3	...	...		1 020 ^f	3,8	Janv. 10-Déc. 10
Inde	5 089	0,8	7 657	1,2	13 494 372	21,2	Janv. 09-Déc. 09	14 125 701	21,6	Janv. 10-Déc. 10
Indonésie	565	0,4	388	0,3	170 791 ^g	1,3	Janv. 09-Déc. 09	189 729	1,4	Janv. 10-Déc. 10
Iran (République islamique d')	...	...	476	1	...	...		52 802	1,2	Oct. 09-Sept. 10
Iraq	...	...	33	0,2	...	...		3 780	0,3	Janv. 10-Déc. 10
Jamaïque	343	24,3	338	23,9	...	...		...	...
Jordanie	12	0,3	12	0,4	271	0,1	Janv. 09-Déc. 09	134	0	Janv. 10-Déc. 10
Kazakhstan	3 801	43,9	5 330	60,6	1 498 858	173,1	Janv. 09-Déc. 09	1 938 180	220,3	Janv. 10-Déc. 10
Kenya	4 115	21,3	4 438	22,5	4 433 557	230	Janv. 09-Déc. 09	5 738 282	290,8	Janv. 10-Déc. 10
Kirghizistan	25	0,8	...	...	172 106	56,9	Janv. 09-Déc. 09	...	...
Kiribati	9	17	12	23,2	5 957	112,7	Janv. 09-Déc. 09	1 714	33,1	Janv. 10-Déc. 10
Lesotho	239	23,8	216	19,4	251 242	250,6	Janv. 09-Déc. 09	235 295	211	Janv. 10-Déc. 10
Lettonie	4 743	416,2	...	...	...	...		...	...
Liban	19	0,8	21	0,9	...	...		...	...
Libéria	114	6,1	176	9,3	80 295	43	Janv. 09-Déc. 09	170 341	90,3	Janv. 10-Déc. 10
Libye	...	...	...	...	...	...		...	...
Lituanie	758	45,2	...	...	...	...		...	...
Madagascar	816	8,8	1 642	16,9	324 809	35	Janv. 09-Déc. 09	192 813	19,9	Janv. 10-Déc. 10
Malaisie	7 627	51,3	7 552	50,4	662 062	44,6	Janv. 09-Déc. 09	903 011	60,2	Janv. 10-Déc. 10
Malawi	728	10,7	772	11,6	1 449 645	213,7	Janv. 09-Déc. 09	1 726 762	258,4	Janv. 10-Déc. 10
Maldives	8	4,3	8	4,2	4 285	22,9	Janv. 09-Déc. 09	6 185	32,6	Janv. 10-Déc. 10
Mali	1 091	17,6	1 182	17	255 835	41,3	Janv. 09-Déc. 09	239 115	34,3	Janv. 10-Déc. 10
Maroc	...	...	103	0,6	...	...		49 060	2,8	Janv. 10-Déc. 10
Maurice	193	27,1	222	30,6	33 744	47,4	Janv. 09-Déc. 09	44 769	61,6	Janv. 10-Déc. 10
Mauritanie	...	...	...	...	9 498	5,7	Janv. 09-Déc. 09	7 738	4,4	Janv. 10-Déc. 10
Mexique	2 784	4,7	14 260	23,5	...	...		...	...
Micronésie (États fédérés de)	...	...	...	...	...	...		...	...
Mongolie	57	3,5	61	3,7	9 015	5,5	Janv. 09-Déc. 09	77 768	47,4	Janv. 10-Déc. 10
Monténégro	8	2,6	8	2,6	738	2,4	Janv. 09-Déc. 09	780	2,5	Janv. 10-Déc. 10

	Établissements proposant un conseil et un dépistage du VIH en 2009		Établissements proposant un conseil et un dépistage du VIH en 2010		Nombre de personnes de 15 ans et plus ayant effectué un test VIH et reçu un conseil en 2009 ^b			Nombre de personnes de 15 ans et plus ayant effectué un test VIH et reçu un conseil en 2010 ^b		
	Nombre déclaré	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Nombre déclaré	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Période faisant l'objet du rapport	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Période faisant l'objet du rapport
Pays à revenu faible ou moyen^a										
Mozambique	356	3,4	1274	11,9	1 201 942	114,4	Janv. 09-Déc. 09	1 139 166	106,3	Janv. 10-Déc. 10
Myanmar	350	1,2	470	1,7	270 301	9,6	Janv. 09-Déc. 09	365 677	13,4	Janv. 10-Déc. 10
Namibie	264	23,4	381	32,1	249 011	221	Janv. 09-Déc. 09	136 305	114,8	Janv. 10-Déc. 10
Nauru	...	...	...	...	...	...		...	...
Népal	179	1,2	227	1,5	125 400	8,3	Janv. 09-Déc. 09	198 045	12,9	Janv. 10-Déc. 10
Nicaragua	862	28,6	1 079	35,3	205 233	68,1	Janv. 09-Déc. 09	175 000	57,3	Janv. 10-Déc. 10
Niger	321	5	546	8,3	358 071	55,6	Janv. 09-Déc. 09	425 696	64,8	Janv. 10-Déc. 10
Nigéria	1 074	1,5	1 046	1,4	2 570 386	35,1	Janv. 09-Déc. 09	2 287 805	30,9	Janv. 10-Déc. 10
Nioué	...	...	...	...	...	...		...	...
Oman	61	3,7	227	12,8	605 755	368	Janv. 09-Déc. 09	757 709	428	Janv. 10-Déc. 10
Ouganda	1 215	8,5	1 904	13	2 363 468 ^h	165,1	Oct. 08-Sept. 09	2 654 683	181	Janv. 10-Déc. 10
Ouzbékistan	5 153	32,9	5 153	33,1	1 250 185	79,8	Janv. 09-Déc. 09	1 482 014	95,2	Janv. 10-Déc. 10
Pakistan	13	0	14	0	11 439	0,1	Janv. 09-Déc. 09	...	...
Palaos	...	...	...	...	...	...		...	...
Panama	123	6,7	...	...	60 798	33,3	Janv. 09-Déc. 09	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	177	5,2	266	7,7	159 005	46,9	Janv. 09-Déc. 09	136 643	39,5	Janv. 10-Déc. 10
Paraguay	143	4,4	285	8,6	159 607	49	Janv. 09-Déc. 09	82 477	24,8	Janv. 10-Déc. 10
Pérou	5 096	32,6	7 902	50,8	...	...		989 547	63,7	Janv. 10-Déc. 10
Philippines	82	0,2	91	0,2	10 110	0,2	Janv. 09-Déc. 09	13 287	0,3	Janv. 10-Déc. 10
Pologne	2 645	13,7	...	...	25 452	1,3	Janv. 09-Déc. 09	...	...
République arabe syrienne	...	...	23	0,2	...	...		3 022	0,3	Janv. 10-Déc. 10
République centrafricaine	105	4,9	112	5,3	136 202	64,2	Janv. 09-Déc. 09	118 045	55,6	Janv. 10-Déc. 10
République de Moldova	56	2,9	67	3,5	86 558	45,1	Janv. 09-Déc. 09	101 541	53,8	Janv. 10-Déc. 10
République démocratique du Congo	538	1,8	655	2,2	392 491	17,7	Jan. 09-Oct. 09	599 895	20,2	Janv. 10-Déc. 10
République démocratique populaire lao	110	3,4	146	4,4	40 962	12,7	Janv. 09-Déc. 09	33 683	10,2	Janv. 10-Déc. 10
République dominicaine	150	2,8	150	2,9	259 110	49,1	Janv. 09-Déc. 09	209 125	40,5	Janv. 10-Déc. 10
République populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...		...	...
République-Unie de Tanzanie	2 134	10,6	2 193	10,7	1 970 324	98,3	Janv. 09-Déc. 09	2 115 827	103,1	Janv. 10-Déc. 10
Roumanie	120	1,1	120	1,1	280 510	25,8	Janv. 09-Déc. 09	291 915	26,7	Janv. 10-Déc. 10
Rwanda	395	8	434	8,5	1 932 420	393,8	Janv. 09-Déc. 09	2 407 073	469,2	Janv. 10-Déc. 10
Sainte-Lucie	39	40,3	...	...	1 629	16,8	Janv. 09-Déc. 09	...	...
Saint-Kitts-et-Nevis	...	...	...	...	...	...		...	...
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	40	66,6	...	...	6 416	106,9	Janv. 09-Déc. 09	...	...
Samoa	...	...	9	10,3	...	...		589	6,7	Janv. 10-Déc. 10
Sao Tomé-et-Principe	41	51,1	38	46,4	13 212	164,8	Janv. 09-Déc. 09	14 689	179,3	Janv. 10-Déc. 10
Sénégal	532	8,8	...	...	352 197	58,3	Janv. 09-Déc. 09	...	...
Serbie	52	1,1	56	1,2	53 399	11	Janv. 09-Déc. 09	51 727	10,7	Janv. 10-Déc. 10
Seychelles	27	58,3	26	53,7	10 808	233,4	Janv. 09-Déc. 09	10 867	224,6	Janv. 10-Déc. 10
Sierra Leone	416	15,2	511	18,1	281 218	102,7	Janv. 09-Déc. 09	232 452	82,4	Janv. 10-Déc. 10
Slovaquie	...	...	3 902	134,2	...	...		128 563	44,2	Janv. 10-Déc. 10
Somalie	19	0,5	42	1	10 057 ⁱ	2,4	Janv. 09-Déc. 09	16 588	3,9	Janv. 10-Déc. 10
Soudan	210 ^j	1	281 ^j	1,3	103 373 ^j	4,9	Janv. 09-Déc. 09	108 803	5,1	Janv. 10-Déc. 10
Sri Lanka	47	0,4	96	0,9	...	...		16 767	1,5	Janv. 10-Déc. 10
Suriname	59	21,2	67	23,9	19 276	69,3	Janv. 09-Déc. 09	...	...

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Établissements proposant un conseil et un dépistage du VIH en 2009		Établissements proposant un conseil et un dépistage du VIH en 2010		Nombre de personnes de 15 ans et plus ayant effectué un test VIH et reçu un conseil en 2009 ^b			Nombre de personnes de 15 ans et plus ayant effectué un test VIH et reçu un conseil en 2010 ^b		
	Nombre déclaré	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Nombre déclaré	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Période faisant l'objet du rapport	Nombre déclaré ^c	Estimation du nombre pour 1000 adultes	Période faisant l'objet du rapport
Swaziland	170	28,5	198	32,6	149 755	251,3	Janv. 09-Déc. 09	148 072	243,7	Janv. 10-Déc. 10
Tadjikistan	231	6,3	235	6,5	285 831	78,5	Janv. 09-Déc. 09	278 738	77,6	Janv. 10-Déc. 10
Tchad	72	1,4	77	1,5	66 191	13,1	Janv. 09-Déc. 09	57 878	11,4	Janv. 10-Déc. 10
Thaïlande	1 014	2,7	1 316	3,5	1 099 657	29,3	Janv. 09-Déc. 09	1 164 656	31,1	Janv. 10-Déc. 10
Timor-Leste	...	...	17	3,5	...	...		1 241	2,5	Janv. 10-Déc. 10
Togo	225	6,9	377	12,5	166 887	51,1	Janv. 09-Déc. 09	200 190	66,5	Janv. 10-Déc. 10
Tonga	...	...	10	20	...	...		6 402	128,1	Janv. 10-Déc. 10
Tunisie	2 430	40,9	261	4,4	13 915	2,3	Janv. 09-Déc. 09	12 000	2	Janv. 10-Déc. 10
Turkménistan	...	...	...	...	...	...		...	...
Turquie	1 362	3,3	1 362	3,4	...	...		...	...	Janv. 10-Déc. 10
Tuvalu	...	...	...	...	...	...		...	...
Ukraine	2 002	8,5	1 880	8,1	...	...		3 247 002	140,5	Janv. 10-Déc. 10
Uruguay	...	...	190	11,7	...	...		...	...
Vanuatu	...	...	...	...	...	...		...	...
Venezuela (République bolivarienne du)	103	0,7	...	...	...	...		...	...
Viet Nam	479	1	676	1,3	777 256	15,5	Janv. 09-Déc. 09	1 132 374	22	Janv. 10-Déc. 10
Yémen	20	0,2	14	0,1	7 525	0,7	Janv. 09-Déc. 09	10 933	1	Janv. 10-Déc. 10
Zambie	1 563	27	1 689	28,7	1 582 621	273,9	Janv. 09-Déc. 09	1 318 975	224,1	Janv. 10-Déc. 10
Zimbabwe	1 560	25	1 218	19,2	1 142 052	182,9	Janv. 09-Déc. 09	1 612 388	254,8	Janv. 10-Déc. 10

- a Voir le classement des pays par catégorie de revenu, type d'épidémie et région géographique de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS.
- b Ce nombre inclut en principe toutes les personnes âgées de 15 ans et plus qui ont effectué un test VIH et reçu un conseil, toutes méthodes et situations confondues, y compris le conseil et le dépistage volontaire et en consultation prénatale. Tous les pays ne sont pas en mesure de transmettre des données sur la totalité des situations.
- c Certains pays ont transmis des données distinctes sur le dépistage en situation de conseil et de dépistage volontaire et en consultation prénatale ; les données ont été combinées dans ce tableau.
- d Ne tient pas compte des données provenant de la totalité des réseaux de conseil et de dépistage volontaire ; de plus, un nombre important de tests ont pu être répétés dans le cadre du dépistage systématique du secteur de la santé.
- e Comprend toutes les personnes âgées de moins de 15 ans qui ont effectué un test VIH.
- f Seules les données concernant la ville d'Honiara sont à ce jour compilées et disponibles.
- g Notification partielle des données.
- h Comprend toutes les personnes âgées de plus de quatre ans chez qui un test VIH a été effectué.
- i Seulement 80 % des données ont été transmises.
- j Des rapports distincts ont été adressés par le Soudan pour 2009 et 2010 ; établissements assurant le conseil et le dépistage du VIH : 132 (2009) et 189 (2010) au nord du Soudan, 78 (2009) et 92 (2010) au sud du Soudan ; nombre de personnes ayant effectué un test VIH et reçu un conseil : 52 770 (2009) et 49 966 (2010) au nord du Soudan, 50 502 (2009) et 58 837 (2010) au sud du Soudan.

Annexe 3A.1 Pourcentage de consommateurs de drogues par injection chez qui un test VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, en 2010^a

Pays	% de consommateurs de drogues par injection chez qui un test VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Numérateur	Dénominateur	Année
Nombre de pays ayant transmis des données	26			
Médiane globale	23%			
Afrique du Nord et Moyen-Orient (n = 2)				
Liban	66%	72	109	2008
Tunisie	21%	148	711	2009
Médiane	...			
Afrique subsaharienne (n = 2)				
Maurice	45 %	228	511	2009
Nigéria	31 %	480	1 545	2010
Médiane	...			
Amérique latine et Caraïbes (n = 2)				
Brésil	13 %	234	1 802	2010
Paraguay	12 %	34	283	2007-2008
Médiane	...			
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (n = 11)				
Afghanistan	5 %	1 033	20 000	2009
Chine	41 %	24 265	59 878	2010
Indonésie	20 %	138	681	2009
Iran (République islamique d')	25 %	631	2 530	2010
Malaisie	33 %	208	630	2009
Myanmar	27 %	248	908	2007-2008
Népal	21 %	64	300	2009
Pakistan	12 %	352	2 979	2008
Philippines	1 %	14	959	2009
Thaïlande	89 %	356	399	2010
Viet Nam	18 %	544	3 036	2009
Médiane	21 %			
Europe et Asie centrale (n = 9)				
Albanie	17 %	33	200	2008
Arménie	20 %	55	270	2010-2011
Géorgie	6 %	64	1 127	2008-2009 ^b
Kazakhstan	61 %	3 014	4 950	2010
République de Moldova	48 %	153	326	2009-2010
Roumanie	19 %	85	450	2009
Serbie	33 %	121	371	2010
Tadjikistan	27 %	453	1 657	2009
Ukraine	26 %	1 667	6 460	2009
Médiane	26 %			

a Les données des pays peuvent avoir été produites sur la base d'enquêtes qui ne sont pas nécessairement représentatives sur le plan national, et certains résultats d'enquêtes peuvent surestimer la proportion de personnes accédant aux services. Par exemple, en cas de données indiquant une couverture proche de 100 %, il est possible que ces données ne concernent que les personnes inscrites dans les services de traitement ou différentes autres situations où un test VIH doit être effectué avant d'avoir accès à un service en particulier.

b Butami (2008) et Tbilisi (2009).

Annexe 3A.2 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes chez qui un test VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, en 2010^a

Pays	% d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes chez qui un test VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Numérateur	Dénominateur	Année
Nombre de pays ayant transmis des données	41			
Médiane globale	32 %			
Afrique du Nord et Moyen-Orient (n = 1)				
Tunisie	18 %	214	1178	2009
Afrique subsaharienne (n = 4)				
Burkina Faso	36 %	133	373	2010
Maurice	39 %	140	362	2010
Nigéria	31 %	486	1 545	2010
Togo	53 %	335	630	2010
Médiane	...			
Amérique latine et Caraïbes (n = 11)				
Brésil	13 %	243	1 829	2010
Chili	25 %	118	471	2008-2009
Colombie	23 %	571	2 494	2010
Costa Rica	63 %	189	300	2009
Cuba	32 %	81 517	251 529	2009
Guatemala ^b	38 %	688 400	1 793 613	2010
Nicaragua	51 %	488	948	2009
Panama	51 %	293	575	2009
Paraguay	34 %	173	506	2007-2008
République dominicaine	7 %	115	1 565	2010
Uruguay	26 %	81	309	2010
Médiane	32 %			
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (n = 14)				
Bangladesh	9 %	42	457	2010
Cambodge	51 %	519	1 026	2010
Chine	49 %	16 389	33 386	2010
Indonésie	16 %	98	599	2009
Malaisie	41 %	212	517	2009
Mongolie	78 %	149	192	2009
Myanmar	48 %	262	550	2009
Népal	41 %	163	400	2009
Philippines	7 %	296	4 367	2011
République démocratique populaire lao	22 %	66	300	2010
Thaïlande	17 %	339	1 966	2010
Timor-Leste	33 %	98	300	2010
Tonga	2 %	2	100	2008
Viet Nam	19 %	301	1 578	2009
Médiane	27 %			
Europe et Asie centrale (n = 11)				
Albanie	45 %	89	198	2008
Arménie	46 %	124	270	2010-2011
Azerbaïdjan	10 %	46	454	2010
Croatie	4 %	4	103	2010
Géorgie	26 %	72	278	2010
Kazakhstan	60 %	566	943	2010
Lettonie	25 %	180	734	2010
République de Moldova	12 %	34	188	2009-2010
Roumanie	31 %	718	2 328	2010
Serbie	34 %	94	280	2010
Ukraine	43 %	997	2 300	2009
Médiane	31 %			

a Les données des pays peuvent avoir été produites sur la base d'enquêtes qui ne sont pas nécessairement représentatives sur le plan national, et certains résultats d'enquêtes peuvent surestimer la proportion de personnes accédant aux services. Par exemple, en cas de données indiquant une couverture proche de 100 %, il est possible que ces données ne concernent que les personnes inscrites dans les services de traitement ou différentes autres situations où un test VIH doit être effectué avant d'avoir accès à un service en particulier.

b Les chiffres ont été extrapolés à l'ensemble de la population du pays.

Annexe 3A.3 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe chez qui un test VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, en 2010^a

Pays	% de professionnel(le)s du sexe chez qui un test VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Numérateur	Dénominateur	Année
Nombre de pays ayant transmis des données	52			
Médiane globale	49 %			
Afrique du Nord et Moyen-Orient (n = 2)				
Liban	71 %	107	150	2008
Tunisie	14 %	56	397	2009
Médiane	...			
Afrique subsaharienne (n = 15)				
Angola	35 %	651	1 848	2008
Burkina Faso	83 %	845	1 019	2010
Burundi	66 %	382	576	2008
Gabon	64 %	385	601	2010
Gambie	83 %	251	301	2010
Madagascar	60 %	991	1 663	2008
Mali	71 %	665	938	2009
Maurice	42 %	126	299	2010
Niger	45 %	399	893	2008
Nigéria	60 %	2 668	4 459	2010
République-Unie de Tanzanie	95 %	511	537	2010
Rwanda	89 %	1 143	1 291	2010
Somalie	0 %	0	237	2008
Tchad ^b	38 %	389	1 023	2010
Togo	58 %	278	476	2010
Médiane	60 %			
Amérique latine et Caraïbes (n = 10)				
Argentine	62 %	257	415	2008
Brésil	18 %	442	2 523	2009
Cuba	35 %	28 837	82 838	2009
Guatemala	73 %	44 428	60 533	2010
Jamaïque	75 %	207	277	2008
Nicaragua	55 %	458	830	2010
Paraguay	52 %	401	770	2007-2008
République dominicaine	67 %	913	1 367	2010
Suriname	63 %	162	259	2009
Uruguay	26 %	81	313	2010
Médiane	59 %			
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (n = 17)				
Bangladesh	38 %	177	471	2010
Cambodge	98 %	104	106	2010
Chine	34 %	67 295	197 146	2010
Indonésie	25 %	1 102	4 325	2009
Iran (République islamique d')	28 %	248	888	2010
Malaisie	21 %	215	1 003	2009
Mongolie	52 %	438	835	2009
Myanmar	71 %	394	554	2007-2008
Népal	32 %	161	500	2008
Pakistan	14 %	606	4 446	2008
Papouasie-Nouvelle-Guinée	46 %	275	593	2010
Philippines	19 %	1 711	9 206	2009
République démocratique populaire lao	33 %	297	912	2009
Sri Lanka	44 %	481	1 094	2007-2008
Thaïlande	37 %	1 531	4 121	2010
Timor-Leste	66 %	120	181	2010
Viet Nam	35 %	1 842	5 295	2009
Médiane	35 %			

Europe et Asie centrale (n = 8)				
Arménie	25 %	62	250	2010-2011
Géorgie	26 %	72	280	2008-2009
Kazakhstan	80 %	1798	2 259	2010
République de Moldova	23 %	84	298	2009-2010
Roumanie	27 %	89	335	2010
Serbie	59 %	147	250	2010
Tadjikistan	56 %	451	812	2009
Ukraine	59 %	1929	3 284	2009
Médiane	42 %			

a Les données des pays peuvent avoir été produites sur la base d'enquêtes qui ne sont pas nécessairement représentatives sur le plan national, et certains résultats d'enquêtes peuvent surestimer la proportion de personnes accédant aux services. Par exemple, en cas de données indiquant une couverture proche de 100 %, il est possible que ces données ne concernent que les personnes inscrites dans les services de traitement ou différentes autres situations où un test VIH doit être effectué avant d'avoir accès à un service en particulier.

b Femmes professionnelles du sexe.

Annexe 3B.1 Pourcentage de consommateurs de drogues par injection chez qui un test VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, 2006-2008 et 2009-2010^a

Pays	2006-2008	2009-2010
Nombre de pays ayant transmis des données	13	13
Médiane globale	23 %	25 %
Afrique subsaharienne (<i>n</i> = 1)		
Nigéria	23 %	31 %
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (<i>n</i> = 6)		
Chine	42 %	41 %
Indonésie	36 %	20 %
Iran (République islamique d')	23 %	25 %
Népal	21 %	21 %
Philippines	4 %	1 %
Viet Nam	11 %	18 %
Médiane	22 %	21 %
Europe et Asie centrale (<i>n</i> = 6)		
Géorgie ^b	9 %	6 %
Kazakhstan	52 %	61 %
République de Moldova	34 %	48 %
Roumanie	19 %	19 %
Serbie	33 %	33 %
Ukraine	33 %	33 %
Médiane	31 %	29 %

a Les données des pays peuvent avoir été produites sur la base d'enquêtes qui ne sont pas nécessairement représentatives sur le plan national, et certains résultats d'enquêtes peuvent surestimer la proportion de personnes accédant aux services. Par exemple, en cas de données indiquant une couverture proche de 100 %, il est possible que ces données ne concernent que les personnes inscrites dans les services de traitement ou différentes autres situations où un test VIH doit être effectué avant d'avoir accès à un service en particulier.

b Les enquêtes disponibles ont été réalisées en 2006 et 2008.

Annexe 3B.2 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes chez qui un test VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, 2006-2008 et 2009-2010^a

Pays	2006-2008	2009-2010
Nombre de pays ayant transmis des données	16	16
Médiane globale	30 %	35 %
Afrique subsaharienne (n = 2)		
Burkina Faso	28 %	36 %
Nigéria	30 %	31 %
Amérique latine et Caraïbes (n = 1)		
Brésil	24 %	13 %
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (n = 9)		
Bangladesh	3 %	9 %
Cambodge	57 %	51 %
Chine	30 %	49 %
Indonésie	32 %	16 %
Mongolie	81 %	78 %
Népal	30 %	41 %
Philippines	16 %	7 %
République démocratique populaire lao	5 %	22 %
Viet Nam	16 %	19 %
Médiane	30 %	22 %
Europe et Asie centrale (n = 4)		
Ex-République yougoslave de Macédoine	56 %	98 %
Kazakhstan	44 %	60 %
Serbie	31 %	34 %
Ukraine	26 %	43 %
Médiane	...	...

a Les données des pays peuvent avoir été produites sur la base d'enquêtes qui ne sont pas nécessairement représentatives sur le plan national, et certains résultats d'enquêtes peuvent surestimer la proportion de personnes accédant aux services. Par exemple, en cas de données indiquant une couverture proche de 100 %, il est possible que ces données ne concernent que les personnes inscrites dans les services de traitement ou différentes autres situations où un test VIH doit être effectué avant d'avoir accès à un service en particulier.

Annexe 3B.3 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe chez qui un test VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, 2006-2008 et 2009-2010^a

Pays	2006-2008	2009-2010
Nombre de pays ayant transmis des données	23	23
Médiane globale	39 %	52 %
Afrique subsaharienne (n = 7)		
Burundi ^b	71 %	66 %
Gabon	54 %	64 %
Madagascar ^c	49 %	60 %
Nigéria	39 %	60 %
Rwanda	65 %	89 %
Tchad	34 %	38 %
Togo	40 %	58 %
Médiane	49 %	60 %
Amérique latine et Caraïbes (n = 1)		
République dominicaine	95 %	67 %
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (n = 10)		
Bangladesh	5 %	38 %
Cambodge	68 %	98 %
Chine	36 %	34 %
Indonésie	31 %	25 %
Iran (République islamique d')	20 %	28 %
Mongolie	53 %	52 %
Pakistan	8 %	14 %
Philippines	12 %	19 %
République démocratique populaire lao	18 %	33 %
Viet Nam	15 %	35 %
Médiane	19 %	33 %
Europe et Asie centrale (n = 4)		
Géorgie ^c	33 %	26 %
Kazakhstan	68 %	80 %
République de Moldova	31 %	23 %
Serbie	45 %	59 %
Ukraine	46 %	59 %
Médiane	45 %	59 %

a Les données des pays peuvent avoir été produites sur la base d'enquêtes qui ne sont pas nécessairement représentatives sur le plan national, et certains résultats d'enquêtes peuvent surestimer la proportion de personnes accédant aux services. Par exemple, en cas de données indiquant une couverture proche de 100 %, il est possible que ces données ne concernent que les personnes inscrites dans les services de traitement ou différentes autres situations où un test VIH doit être effectué avant d'avoir accès à un service en particulier.

b Les enquêtes disponibles ont été réalisées en 2007 et 2008.

c Les enquêtes disponibles ont été réalisées en 2006 et 2008.

Annexe 4 Personnes de tous âges recevant un traitement antirétroviral, personnes de tous âges ayant besoin de ce traitement, et couverture en pourcentage, en 2009 et 2010

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, 2009 ^{b,c}	Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, 2010 ^{b,c}	Mois et année du rapport	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral conformément aux lignes directrices de l'OMS de 2010, 2010 ^{b,d}			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral conformément aux lignes directrices de l'OMS de 2010, 2010 [fourchette] ^{b,e}
					Estimation	Estimation basse	Estimation haute	
Afghanistan	19 ^f	Déc. 09	46	Déc. 10	1 600	<1 000	5 400	3 % [1-6 %]
Afrique du Sud	971 556	Oct. 09	1 389 865	Déc. 10	2 500 000	2 400 000	2 700 000	55 % [52-58 %]
Albanie	114	Déc. 09	145	Déc. 10	...			...
Algérie	1 526	Déc. 09	2 012	Déc. 10	6 200	4 700	8 100	32 % [25-43 %]
Angola	20 640	Déc. 09	27 931	Déc. 10	86 000	65 000	110 000	33 % [25-43 %]
Argentine	42 815	Déc. 09	43 313	Déc. 10	55 000	49 000	63 000	79 % [68-89 %]
Arménie	179	Déc. 09	250	Déc. 10	<1 000	<1 000	1 800	30 % [14-49 %]
Azerbaïdjan	238	Déc. 09	435	Déc. 10	1 400	1 000	1 800	32 % [24-43 %]
Bangladesh	353	Déc. 09	465	Déc. 10	1 400	1 000	1 800	33 % [26-46 %]
Bélarus	1 776	Déc. 09	2 614	Déc. 10	5 100	3 500	7 900	51 % [33-75 %]
Belize	855	Déc. 09	1 053	Déc. 10	2 000	1 700	2 300	53 % [47-60 %]
Bénin	15 401	Déc. 09	18 230	Déc. 10	31 000	28 000	35 000	58 % [52-65 %]
Bhoutan	...		57	Déc. 10	<500	<200	<500	27 % [20-45 %]
Bolivie (État plurinational de)	1 115	Déc. 09	1 283	Déc. 10	6 500	3 400	12 000	20 % [10-37 %]
Bosnie-Herzégovine	38	Déc. 09	48	Déc. 10	...			...
Botswana	145 190	Déc. 09	161 219	Déc. 10	170 000	170 000	180 000	93 % [89->95 %]
Brésil	185 982 ^f	Déc. 09	201 279	Déc. 10	290 000	270 000	310 000	70 % [65-75 %]
Bulgarie	327	Déc. 09	...		1 400	1 100	1 800	24 % [19-30 %]
Burkina Faso	26 448	Déc. 09	31 543	Déc. 10	64 000	57 000	72 000	49 % [44-55 %]
Burundi	17 661	Déc. 09	22 735	Déc. 10	68 000	57 000	73 000	34 % [31-40 %]
Cambodge	37 315	Déc. 09	42 799	Déc. 10	46 000	33 000	63 000	92 % [68->95 %]
Cameroun	76 228	Déc. 09	89 455	Déc. 10	230 000	210 000	270 000	38 % [34-43 %]
Cap-Vert	611	Déc. 09	...		1 400	1 000	1 900	43 % [32-61 %]
Chili	12 762	Déc. 09	12 789	Déc. 10	15 000	8 700	25 000	88 % [52->95 %]
Chine	65 481	Déc. 09	86 122	Déc. 10	270 000	230 000	330 000	32 % [26-37 %]
Colombie	16 302	Déc. 09	29 803	Déc. 10	88 000	67 000	120 000	34 % [26-45 %]
Comores	12	Déc. 09	17	Déc. 10	<100	<100	<100	>95 % [35->95 %]
Congo	7 998	Déc. 09	14 830	Déc. 10	35 000	30 000	41 000	42 % [36-49 %]
Costa Rica	3 064	Déc. 09	3 265	Déc. 10	5 100	4 300	5 800	65 % [57-76 %]
Côte d'Ivoire	72 011	Déc. 09	75 237	Sept. 10	200 000	180 000	220 000	37 % [34-41 %]
Croatie	441	Déc. 09	510	Déc. 10	<1 000	<500	<1 000	89 % [70->95 %]
Cuba	5 034	Déc. 09	5 587	Déc. 10	5 900	4 900	7 200	95 % [78->95 %]
Djibouti	913	Déc. 09	1 008	Déc. 10	5 700	4 600	7 800	18 % [13-22 %]
Dominique	38	Déc. 09	41	Déc. 10	...			...
Égypte	359	Déc. 09	525	Déc. 10	5 100	2 500	13 000	10 % [4-21 %]
El Salvador	... ^f		5 843	Déc. 10	9 900	7 100	16 000	59 % [36-82 %]
Équateur	5 538	Déc. 09	8 977	Déc. 10	14 000	9 900	20 000	63 % [45-91 %]
Érythrée	4 955	Déc. 09	5 387	Déc. 10	13 000	7 900	23 000	42 % [23-68 %]
Éthiopie	176 632	Déc. 09	222 723	Déc. 10	... ^g			...
Ex-République yougoslave de Macédoine	24	Déc. 09	36	Déc. 10	...			...
Fédération de Russie	75 900	Déc. 09	79 430	Déc. 10	... ^g	270 000	380 000	... [21-29 %]
Fidji	52	Nov. 09	58	Déc. 10	<200	<200	<500	33 % [24-43 %]

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, 2009 ^{b,c}	Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, 2010 ^{b,c}	Mois et année du rapport	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral conformément aux lignes directrices de l'OMS de 2010, 2010 ^{b,d}			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral conformément aux lignes directrices de l'OMS de 2010, 2010 [fourchette] ^{b,e}
					Estimation	Estimation basse	Estimation haute	
Gabon	9 976	Déc. 09	11 488	Déc. 10	22 000	15 000	31 000	53 % [38-75 %]
Gambie	921	Sept. 09	1 869	Déc. 10	5 400	2 400	11 000	35 % [17-78 %]
Géorgie	655	Déc. 09	830	Déc. 10	1 300	<1 000	4 100	65 % [20->95 %]
Ghana	30 265	Déc. 09	40 575	Déc. 10	110 000	100 000	130 000	35 % [31-40 %]
Grenade	54	Déc. 09	61	Déc. 10	...			...
Guatemala	10 362	Déc. 09	12 053	Déc. 10	23 000	14 000	52 000	53 % [23-89 %]
Guinée	14 999	Déc. 09	20 430	Déc. 10	36 000	31 000	43 000	57 % [47-67 %]
Guinée équatoriale	1 645	Déc. 09	2 432	Déc. 10	9 900	6 600	14 000	24 % [18-37 %]
Guinée-Bissau	2 764	Déc. 09	3 632	Déc. 10	7 600	6 200	9 300	48 % [39-59 %]
Guyana	2 832	Déc. 09	3 059	Déc. 10	3 600	2 800	5 200	84 % [59->95 %]
Haiti	26 007	Déc. 09	29 180	Déc. 10	57 000	50 000	65 000	51 % [45-58 %]
Honduras	7 075	Déc. 09	7 718	Déc. 10	15 000	12 000	20 000	51 % [39-65 %]
Hongrie	547	Déc. 09	630	Déc. 10	1 700	1 300	2 100	38 % [30-48 %]
Îles Cook	...		0	Déc. 10	...			...
Îles Marshall	4	Déc. 09	6	Déc. 10	...			...
Îles Salomon	4	Déc. 09	7	Déc. 10	...			...
Inde	320 074	Déc. 09	424 802	Déc. 10	... ^g	1 100 000	1 400 000	... [30-38 %]
Indonésie	15 442	Nov. 09	19 572	Déc. 10	82 000	55 000	120 000	24 % [17-35 %]
Iran (République islamique d')	1 486	Janv. 10	1 800	Sept. 10	26 000	23 000	30 000	7 % [6-8 %]
Iraq	...		5	Déc. 10	...			...
Jamaïque	7 244	Déc. 09	8 016	Déc. 10	14 000	12 000	17 000	57 % [46-69 %]
Jordanie	63	Déc. 09	83	Déc. 10	...			...
Kazakhstan	1 035	Janv. 10	1 336	Déc. 10	4 400	3 900	5 100	30 % [26-35 %]
Kenya	336 980	Déc. 09	432 621	Déc. 10	710 000	650 000	770 000	61 % [56-66 %]
Kirghizistan	231	Janv. 10	548	Déc. 10	4 600	2 700	7 800	12 % [7-21 %]
Kiribati	...		6	Déc. 10	...			...
Lesotho	61 736	Déc. 09	76 487 ^h	Déc. 10	130 000	130 000	140 000	57 % [53-60 %]
Lettonie	439	Déc. 09	508	Déc. 10	2 800	2 200	3 500	18 % [14-23 %]
Liban	354	Déc. 09	412	Déc. 10	1 100	<1 000	1 600	37 % [25-55 %]
Libéria	2 970	Déc. 09	4 412	Déc. 10	16 000	14 000	19 000	27 % [23-32 %]
Libye	...		...		...			...
Lituanie	145	Déc. 09	...		<1 000	<500	<1 000	27 % [21-34 %]
Madagascar	214	Déc. 09	248	Déc. 10	19 000	14 000	25 000	1 % [1-2 %]
Malaisie	9 962	Mars 10	13 918	Déc. 10	38 000	31 000	51 000	36 % [27-44 %]
Malawi	198 846	Déc. 09	250 987	Déc. 10	... ^g	440 000	510 000	... [49-57 %]
Maldives	3	Déc. 09	2	Déc. 10	<100	<100	<100	14 % [11-17 %]
Mali	21 100	Déc. 09	24 778	Déc. 10	53 000	45 000	63 000	46 % [39-56 %]
Maroc	2 647	Déc. 09	3 200	Déc. 10	11 000	8 200	17 000	30 % [19-39 %]
Maurice	652	Déc. 09	646	Déc. 10	4 100	3 500	4 800	16 % [14-18 %]
Mauritanie	1 401	Déc. 09	1 669	Déc. 10	7 600	5 100	12 000	22 % [14-33 %]
Mexique	60 911	Déc. 09	64 487	Déc. 10	83 000	57 000	110 000	78 % [59->95 %]
Micronésie (États fédérés de)	5	Déc. 09	5	Déc. 10	...			...

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, 2009 ^{b,c}	Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, 2010 ^{b,c}	Mois et année du rapport	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral conformément aux lignes directrices de l'OMS de 2010, 2010 ^{b,d}			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral conformément aux lignes directrices de l'OMS de 2010, 2010 [fourchette] ^{b,e}
					Estimation	Estimation basse	Estimation haute	
Mongolie	9	Déc. 09	28	Déc. 10	<200	<100	<200	26 % [19-39 %]
Monténégro	31	Mars 10	40	Déc. 10	...			...
Mozambique	170 198	Déc. 09	218 991	Déc. 10	550 000	480 000	610 000	40 % [36-46 %]
Myanmar	21 138	Déc. 09	29 825	Déc. 10	120 000	110 000	140 000	24 % [21-27 %]
Namibie	70 498	Sept. 09	88 717	Déc. 10	98 000	84 000	110 000	90 % [78->95 %]
Nauru	...		0	Déc. 10	...			...
Népal	3 226	Juil. 09	4 867	Déc. 10	27 000	19 000	45 000	18 % [11-26 %]
Nicaragua	1 063	Déc. 09	1 286	Déc. 10	1 100	<500	2 900	>95 % [45->95 %]
Niger	6 445	Déc. 09	7 812	Déc. 10	27 000	24 000	30 000	29 % [26-33 %]
Nigéria	302 973	Déc. 09	359 181	Déc. 10	1 400 000	1 300 000	1 500 000	26 % [24-28 %]
Nioué	...		0	Déc. 10	...			...
Oman	486	Déc. 09	469	Déc. 10	1 100	<1 000	1 400	44 % [33-54 %]
Ouganda	200 413	Sept. 09	248 222	Sept. 10	530 000	490 000	580 000	47 % [43-51 %]
Ouzbékistan	1 753	Déc. 09	2 479	Déc. 10	8 900	5 300	15 000	28 % [16-47 %]
Pakistan	1 320	Déc. 09	1 892	Déc. 10	22 000	14 000	50 000	9 % [4-13 %]
Palaos	3	Déc. 09	3	Déc. 10	...			...
Panama	4 463	Déc. 09	4 888	Déc. 10	13 000	9 100	22 000	36 % [22-54 %]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	6 751	Déc. 09	7 555	Déc. 10	14 000	12 000	17 000	54 % [43-65 %]
Paraguay	2 073	Déc. 09	2 962	Nov. 10	4 500	2 600	7 700	66 % [38->95 %]
Pérou	14 780	Déc. 09	...		26 000	18 000	36 000	57 % [41-84 %]
Philippines	750	Déc. 09	1 274	Déc. 10	2 500	1 500	3 400	51 % [38-83 %]
Pologne	4 329	Déc. 09	4 897	Déc. 10	14 000	11 000	20 000	34 % [25-44 %]
République arabe syrienne	99	Déc. 09	110	Déc. 10	...			...
République centrafricaine	14 474	Déc. 09	15 287	Déc. 10	64 000	58 000	72 000	24 % [21-27 %]
République de Moldova	984	Déc. 09	1 237	Déc. 10	4 900	4 200	5 800	25 % [21-30 %]
République démocratique du Congo	34 967	Déc. 09	43 878	Déc. 10	300 000	270 000	340 000	14 % [13-16 %]
République démocratique populaire lao	1 345	Déc. 09	1 690	Déc. 10	3 300	2 300	5 100	51 % [33-73 %]
République dominicaine	13 785	Déc. 09	17 082	Déc. 10	24 000	21 000	28 000	72 % [62-82 %]
République populaire démocratique de Corée	...		...		<1 000	<500	<1 000	...
République-Unie de Tanzanie	199 413	Déc. 09	258 069	Déc. 10	610 000	570 000	660 000	42 % [39-46 %]
Roumanie	7 244	Déc. 09	7 276	Déc. 10	11 000	9 400	12 000	69 % [60-77 %]
Rwanda	76 726	Déc. 09	91 984	Déc. 10	100 000	96 000	120 000	88 % [76->95 %]
Sainte-Lucie	124	Déc. 09	...		...			...
Saint-Kitts-et-Nevis	...		...		...			...
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	162	Déc. 09	...		...			...
Samoa	...		13	Déc. 10	...			...
Sao Tomé-et-Principe	169	Déc. 09	196	Déc. 10	<1 000	<500	<1 000	34 % [25-46 %]
Sénégal	12 249	Déc. 09	...		25 000	19 000	31 000	50 % [39-64 %]
Serbie	790	Déc. 09	915	Déc. 10	2 700	2 000	3 500	34 % [26-45 %]
Seychelles	139	Déc. 09	156	Déc. 10	...			...

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, 2009 ^{b,c}	Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, 2010 ^{b,c}	Mois et année du rapport	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral conformément aux lignes directrices de l'OMS de 2010, 2010 ^{b,d}			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral conformément aux lignes directrices de l'OMS de 2010, 2010 [fourchette] ^{b,e}
					Estimation	Estimation basse	Estimation haute	
Sierra Leone	3 660	Déc. 09	5 552	Déc. 10	18 000	15 000	21 000	31 % [27-38 %]
Slovaquie	...		118	Déc. 10	<200	<200	<200	81 % [63->95 %]
Somalie	578	Déc. 09	878	Déc. 10	25 000	18 000	33 000	3 % [3-5 %]
Soudan	3 825	Déc. 09	4 345 ⁱ	Déc. 10	93 000	60 000	140 000	5 % [3-7 %]
Sri Lanka	207	Déc. 09	256	Déc. 10	1 000	<1 000	1 300	25 % [19-34 %]
Suriname	996	Juil. 09	1 106	Déc. 10	2 500	1 700	3 700	45 % [30-64 %]
Swaziland	47 241	Déc. 09	59 802	Déc. 10	83 000	79 000	89 000	72 % [67-76 %]
Tadjikistan	322	Déc. 09	504	Déc. 10	3 200	1 900	5 800	16 % [9-27 %]
Tchad	32 288	Déc. 09	32 288	Déc. 10	83 000	71 000	97 000	39 % [33-46 %]
Thaïlande	216 118	Sept. 09	236 808	Sept. 10	350 000	280 000	430 000	67 % [55-85 %]
Timor-Leste	31	Déc. 09	39	Déc. 10	...			...
Togo	16 710	Déc. 09	24 635	Déc. 10	49 000	44 000	56 000	50 % [44-56 %]
Tonga	...		0	Déc. 10	...			...
Tunisie	412	Déc. 09	412	Déc. 10	4 000	1 700	13 000	10 % [3-24 %]
Turkménistan	...		...		...			...
Turquie	1 000	Déc. 09	1 000	Déc. 10	1 800	1 400	2 200	56 % [45-72 %]
Tuvalu	1	Déc. 09	0	Déc. 10	...			...
Ukraine	15 871	Déc. 09	22 697	Déc. 10	170 000	140 000	220 000	13 % [11-16 %]
Uruguay	2 510	Déc. 09	3 124	Déc. 10	4 400	2 900	9 900	71 % [32->95 %]
Vanuatu	2	Déc. 09	2	Déc. 10	...			...
Venezuela (République bolivarienne du)	32 302	Déc. 09	37 827	Déc. 10	67 000	55 000	80 000	57 % [47-69 %]
Viet Nam	37 995	Déc. 09	49 492	Déc. 10	96 000	81 000	110 000	52 % [43-61 %]
Yémen	274	Déc. 09	531	Déc. 10	...			...
Zambie	283 863	Déc. 09	344 407	Déc. 10	480 000	450 000	510 000	72 % [67-77 %]
Zimbabwe	218 589	Fév. 10	326 241	Déc. 10	560 000	520 000	600 000	59 % [54-62 %]

Pays à revenu supérieur ^a	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, 2005-2009	Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, 2010	Mois et année du rapport
Allemagne	42 900	Déc. 09	...	
Andorre	27	Déc. 09	...	
Antigua-et-Barbuda	98	Déc. 09	153	Déc. 10
Arabie saoudite	865	Déc. 08	...	
Australie	9 933	Déc. 07	11 120	Déc. 10
Autriche	1 800	Sept. 09	3 163	Déc. 10
Bahamas	1 506	Déc. 09	...	
Bahreïn	...		...
Barbade	804	Déc. 09	847	Déc. 10
Belgique	8 690	Déc. 09	...	
Brunei Darussalam	...		17	Déc. 10
Canada	27 000	Déc. 08	...	
Chypre	187	Déc. 09	198	Déc. 10
Danemark	3 000	Oct. 09	3 000	Déc. 10
Émirats arabes unis	121	Déc. 09	...	
Espagne	79 500	Déc. 09	85 700	Déc. 10
Estonie	1 263	Déc. 09	1 793	Déc. 10
États-Unis d'Amérique	268 000 ⁱ	<05	...	
Finlande	450	Août 06	...	
France	79 680	Déc. 08	93 090	Déc. 10
Grèce	4 236	Déc. 08	5 114	Déc. 10
Irlande	1 600	Déc. 05	...	

Pays à revenu supérieur ^a	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, 2005-2009	Mois et année du rapport	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral, 2010	Mois et année du rapport
Islande	100 ^j	<05	...	
Israël	2 876	Déc. 08	2 745	Juin 10
Italie	95 000	Déc. 08	...	
Japon	94	Mars 09	...	
Koweït	131	Déc. 09	...	
Luxembourg	434	Déc. 09	...	
Malte	100	Déc. 09	119	Déc. 10
Monaco	45	Déc. 05	...	
Norvège	900	Déc. 05	...	
Nouvelle-Zélande	1 204	Juin 09	1 348	Déc. 10
Pays-Bas	7 919	Avr. 07	11 780	Déc. 10
Portugal	18 107	Déc. 09	...	
Qatar	70	Janv. 09	...	
République de Corée	...		...
République tchèque	706	Oct. 09	760	Déc. 10
Royaume-Uni	50 292 ^f	Déc. 09	...	
Saint-Marin	...		...
Singapour	...		...
Slovenie	157	Juil. 07	...	
Suède	4 185	Déc. 09	...	
Suisse	...		...
Trinité-et-Tobago	2 639	Déc. 09	1 485	Déc. 10

... Données non disponibles ou sans objet.

a Voir le classement des pays par catégorie de revenu, type d'épidémie et région géographique de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS (annexe 10).

b L'annexe 5 donne des données sur le traitement antirétroviral en fonction de l'âge et du sexe.

c Quand elles étaient disponibles, les données provenant du secteur privé ont été incluses dans le nombre total de personnes sous traitement :

Pays	2010
Argentine	13 429
Bangladesh	465
Botswana	13 610
Burundi	11 533
Cambodge	3 603
Congo	299
Djibouti	28
Érythrée	601
Éthiopie	6 500
Gabon	475
Gambie	946
Guinée-Bissau	1 566
Guyana	907
Inde	35 000
Libéria	1 999
Namibie	2 760
Niger	516
Pakistan	434
Papouasie-Nouvelle-Guinée	676
Rwanda	1 316
Sierra Leone	340
Swaziland	11 001
Togo	456
République-Unie de Tanzanie	35
Uruguay	1 100
Zambie	9 696

d Les estimations des besoins sont calculées selon les méthodes décrites dans les notes explicatives et dans l'encadré 5.9.

e Les estimations de couverture sont basées sur les estimations non arrondies du nombre de personnes qui recevaient un traitement antirétroviral et sur les estimations non arrondies du nombre de personnes qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral (selon la méthodologie de l'OMS et de l'ONUSIDA). Les fourchettes des estimations de couverture sont basées sur les limites de plausibilité du dénominateur, soit l'estimation haute et l'estimation basse des besoins.

f Les valeurs de 2009 ont été mises à jour. Voir l'annexe de l'année dernière (http://www.who.int/entity/hiv/data/taupr2010_annex3.xls).

g Les estimations du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral sont en cours d'examen et seront ajustées, si nécessaire, en fonction de la collecte et de l'analyse des données en cours. La couverture ne peut donc pas être donnée ou dans certains cas n'être donnée que sous forme de fourchette.

h Nombre sous-évalué du fait qu'il ne correspond qu'à 90 % des données communiquées par les établissements.

i Deux rapports distincts ont été adressés par le Soudan pour 2010 : 2122 pour le nord du Soudan ; 2223 pour le sud du Soudan. Les chiffres reflètent la situation de 2010 avant la déclaration d'indépendance du Soudan du Sud.

j « < 05 » indique qu'il existe des données mais qu'aucune mise à jour n'a été reçue depuis décembre 2004. Ces données doivent être interprétées avec précaution, car elles correspondent à la situation qui prévalait au début de l'année 2004, voire même en 2003.

Annexe 5 Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou moyen en fonction du sexe et de l'âge, estimation du nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral et ayant besoin de ce traitement, et pourcentage de couverture, en 2010

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes de sexe masculin et féminin recevant un traitement antirétroviral				Nombre déclaré d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral				Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS-2010 ^b				Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, décembre 2010 ^c		
	Mois et année du rapport	Sexe masculin	% du total	Sexe féminin	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+ 15)	% du total	Enfants (< 15)	% du total	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute
Afghanistan	Déc. 10	30	65 %	16	35 %	Déc. 10	45	98 %	1	2 %	...	<100	<1000	<1 %	2 %
Afrique du Sud	Sept. 10 ^{de}	316 637	35 %	601 081	65 %	Déc. 10	1 274 183	92 %	108 682	8 %	300 000	270 000	340 000	36 %	40 %
Albanie	Déc. 10	96	66 %	49	34 %	Déc. 10	133	92 %	12	8 %	...	...	...	...	...
Algérie	Déc. 09 ^{de}	762	51 %	739	49 %	Déc. 10	1 906	95 %	106	5 %	...	<500	<500	23 %	51 %
Angola	Déc. 10	12 912	46 %	15 019	54 %	Déc. 10	26 015	93 %	1 916	7 %	19 000	14 000	26 000	10 %	14 %
Argentine	Déc. 10	25 901	60 %	17 412	40 %	Déc. 10	42 027	97 %	1 286	3 %	...	3 200	3 400	38 %	41 %
Arménie	Déc. 10	161	64 %	89	36 %	Déc. 10	240	96 %	10	4 %	...	<100	<100	40 %	>95 %
Azerbaïdjan	Déc. 10	334	77 %	101	23 %	Déc. 10	426	98 %	9	2 %	...	<100	<100	50 %	60 %
Bangladesh	Déc. 10	302	65 %	163	35 %	Déc. 10	442	95 %	23	5 %	...	<100	<200	14 %	32 %
Bélarus	Déc. 10	1 439	55 %	1 175	45 %	Déc. 10	2 493	95 %	121	5 %	...	<200	<200	>95 %	>95 %
Belize	Déc. 10	523	50 %	530	50 %	Déc. 10	957	91 %	96	9 %	...	<200	<200	50 %	92 %
Bénin	Déc. 09 ^e	6 468	42 %	8 933	58 %	Déc. 10	16 930	93 %	1 300	7 %	5 800	4 700	7 000	23 %	27 %
Bhoutan	Déc. 10	30	53 %	27	47 %	Déc. 10	54	95 %	3	5 %	...	<100	<100	12 %	25 %
Bolivie (État plurinational de)	Déc. 10	829	65 %	454	35 %	Déc. 10	1 226	96 %	57	4 %	...	<100	<500	13 %	70 %
Bosnie-Herzégovine	Déc. 10	38	79 %	10	21 %	Déc. 10	47	98 %	1	2 %	...	...	...	...	...
Botswana	Déc. 10	63 112	39 %	98 107	61 %	Déc. 10	151 171	94 %	10 048	6 %	11 000	10 000	13 000	88 %	>95 %
Brésil	Déc. 10	122 662	61 %	78 617	39 %	Déc. 10	195 373	97 %	5 906	3 %	...	7 200	9 400	63 %	82 %
Bulgarie	Déc. 09	223	68 %	104	32 %	Déc. 09	324	99 %	3	1 %	...	<100	<100	4 %	11 %
Burkina Faso	Déc. 10	10 092	32 %	21 451	68 %	Déc. 10	30 144	96 %	1 399	4 %	14 000	12 000	16 000	10 %	12 %
Burundi	Déc. 10	7 636	34 %	15 099	66 %	Déc. 10	20 909	92 %	1 826	8 %	14 000	12 000	16 000	13 %	16 %
Cambodge	Déc. 10	20 241	47 %	22 558	53 %	Déc. 10	38 697	90 %	4 102	10 %	...	4 400	8 500	48 %	93 %
Cameroun	Déc. 10	29 153	33 %	60 302	67 %	Déc. 10	85 461	96 %	3 994	4 %	36 000	30 000	44 000	11 %	13 %
Cap-Vert	Déc. 09	272	45 %	339	55 %	Déc. 09	574	94 %	37	6 %	...	<200	<500	15 %	35 %
Chili	Déc. 10	10 671	83 %	2 118	17 %	Déc. 10	12 583	98 %	206	2 %	...	<200	<1000	37 %	>95 %
Chine	Déc. 10 ^d	51 867	60 %	34 188	40 %	Déc. 10	84 273	98 %	1 849	2 %	...	6 300	12 000	15 %	29 %
Colombie	Déc. 09 ^{de}	12 254	75 %	4 043	25 %		...	...	...	...	...	2 000	2 100	...	...

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes de sexe masculin et féminin recevant un traitement antirétroviral						Nombre déclaré d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral						Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS, 2010 ^b						Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, décembre 2010 ^c		
	Mois et année du rapport	Sexe masculin	% du total	Sexe féminin	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+15)	% du total	Enfants (<15)	% du total	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute			
Comores	Déc.10	6	35%	11	65%	Déc.10	16	94%	1	6%	<100	<100	...	...	10%	>95%			
Congo	Déc.10	4 958	33%	9 872	67%	Déc.10	13 286	90%	1 544	10%	6 100	9 000	7 400	21%	17%	25%					
Costa Rica	...	...	...	...	...	Déc.10	3 204	98%	61	2%	<500	<500	...	...	16%	30%
Côte d'Ivoire	Sept.10	22 799	30%	52 438	70%	Sept.10	70 687	94%	4 550	6%	31 000	43 000	37 000	12%	11%	15%					
Croatie	Déc.10 ^d	431	84%	81	16%	Déc.10 ^d	507	99%	5	1%	<100	<100	...	...	28%	63%			
Cuba	Déc.10	4 522	81%	1 065	19%	Déc.10	5 565	100%	22	0%	<100	<100	...	...	31%	79%			
Djiboutia	Déc.10 ^d	458	45%	558	55%	Déc.10	978	97%	30	3%	<1000	1 600	1 100	3%	2%	3%					
Dominique	Déc.10	27	66%	14	34%	Déc.10	41	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...
Égypte	...	...	...	...	...	Déc.10	493	94%	32	6%	<200	<1000	...	...	5%	28%
El Salvador	Déc.10 ^d	3 564	61%	2 278	39%	Déc.10	5 553	95%	290	5%	<500	<1000	...	...	29%	88%			
Équateur	...	...	...	...	...	Déc.10	8 557	95%	420	5%	<500	<500	...	...	>95%	>95%
Érythrée	Déc.10	2 407	45%	2 980	55%	Déc.10	5 276	98%	111	2%	1 600	4 700	2 600	4%	2%	7%					
Éthiopie	Déc.10 ^d	74 463	42%	102 505	58%	Déc.10	208 667	94%	14 056	6%	f	...	...	...	...	...
ex-République yougoslave de Macédoine	Déc.10	29	81%	7	19%	Déc.10	36	100%	0	0%	...	...	...	...	...	...
Fédération de Russie	...	...	...	...	...	...	...	...	...8	...	5 700	7 500	...	...	42%	56%
Fidji	Déc.10	27	47%	31	53%	Déc.10	57	98%	1	2%	<100	<100	...	...	5%	10%			
Gabon	Déc.10 ^d	3 855	35%	7 158	65%	Déc.10	11 117	97%	371	3%	2 000	3 100	2 000	19%	12%	31%					
Gambie	Déc.10	584	31%	1 285	69%	Déc.10	1 708	91%	161	9%	<500	2 200	...	...	7%	40%			
Géorgie	Déc.10	581	70%	249	30%	Déc.10	796	96%	34	4%	<100	<100	...	...	>95%	>95%			
Ghana	Déc.10 ^d	15 225	32%	32 334	68%	Déc.10	37 933	93%	2 642	7%	20 000	24 000	20 000	13%	11%	16%					
Grenade	Déc.10	35	57%	26	43%	Déc.10	60	98%	1	2%	...	...	...	...	...	...
Guatemala	Déc.10	6 957	58%	5 096	42%	Déc.10	11 392	95%	661	5%	<1000	3 800	...	...	17%	75%			
Guinée	Déc.10	7 985	39%	12 445	61%	Déc.10	19 508	95%	922	5%	6 600	8 600	6 600	14%	11%	18%					
Guinée équatoriale	Déc.08 ^e	235	28%	604	72%	Déc.10	2 387	98%	45	2%	1 400	3 200	2 200	2%	1%	3%					
Guinée-Bissau	Déc.10	1 035	28%	2 597	72%	Déc.10	3 451	95%	181	5%	<1000	1 600	1 200	15%	11%	18%					
Guyana	Déc.10	1 369	45%	1 690	55%	Déc.10	2 882	94%	177	6%	<200	<500	...	...	62%	>95%			
Haiti	Déc.10	11 866	41%	17 314	59%	Déc.10	27 622	95%	1 558	5%	8 200	9 800	8 200	19%	16%	23%					
Honduras	Déc.10	3 772	49%	3 946	51%	Déc.10	6 974	90%	744	10%	1 100	2 400	...	...	30%	67%			

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes de sexe masculin et féminin recevant un traitement antirétroviral					Nombre déclaré d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral					Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS, 2010 ^b				Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, décembre 2010 ^c		
	Mois et année du rapport	Sexe masculin	% du total	Sexe féminin	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+ 15)	% du total	Enfants (< 15)	% du total	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	
Hongrie		...		...		...		...		...	<100	<100	<100	...	>95 %	>95 %
Îles Cook		...		...		...		...		...	...	...	...	...	...	...
Îles Marshall	Déc. 09 ^e	1	25 %	3	75 %	Déc. 09 ^e	4	100 %	0	0 %	...	...	...	...	...	...
Îles Salomon	Déc. 10 ^d	1	13 %	7	88 %	Déc. 10	7	100 %	0	0 %	...	...	...	...	...	...
Inde	Déc. 10 ^d	223 725	58 %	162 261	42 %	Déc. 10	401 906	95 %	22 896	5 %	...	39 000	97 000	...	24 %	59 %	
Indonésie	Déc. 10 ^d	12 426	73 %	4 652	27 %	Déc. 10	18 813	96 %	759	4 %	...	2 400	6 600	...	11 %	31 %	
Iran (République islamique d')	Sept. 10	1 422	79 %	378	21 %	Sept. 10	1 748	97 %	52	3 %	...	<500	<500	...	14 %	19 %	
Iraq	Déc. 10	5	100 %	0	0 %	Déc. 10	5	100 %	0	0 %	...	...	...	...	...	...
Jamaïque	Déc. 10	3 767	47 %	4 249	53 %	Déc. 10	7 529	94 %	487	6 %	...	<500	<1 000	...	69 %	>95 %	
Jordanie	Déc. 10	65	78 %	18	22 %	Déc. 10	81	98 %	2	2 %	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	Déc. 10 ^d	734	65 %	390	35 %	Déc. 10	1 124	84 %	212	16 %	...	<100	<100	...	>95 %	>95 %	
Kenya	Déc. 10	168 722	39 %	263 899	61 %	Déc. 10	396 525	92 %	36 096	8 %	170 000	150 000	200 000	21 %	18 %	25 %	
Kirghizistan	Jan. 10 ^e	158	68 %	73	32 %	Déc. 10	411	75 %	137	25 %	...	<200	<500	...	28 %	79 %	
Kiribati	Déc. 10	3	50 %	3	50 %	Déc. 10	5	83 %	1	17 %	...	...	...	...	...	...
Lesotho	Déc. 10	28 349	37 %	48 138	63 %	Déc. 10	71 686	94 %	4 801	6 %	21 000	19 000	24 000	22 %	20 %	25 %	
Lettonie	Déc. 10	352	69 %	156	31 %	Déc. 10	480	94 %	28	6 %	...	<100	<100	...	78 %	>95 %	
Liban	Déc. 10	344	83 %	68	17 %	Déc. 10	408	99 %	4	1 %	...	<100	<200	...	3 %	7 %	
Libéria	Déc. 10 ^d	772	32 %	1 641	68 %	Déc. 10	4 098	93 %	314	7 %	3 100	2 500	4 000	10 %	8 %	13 %	
Libye		...		...			...		...	...	...	...	...	...	...	...
Lituanie	Déc. 09	113	78 %	32	22 %	Déc. 09	143	99 %	2	1 %	...	<100	<100	...	11 %	20 %	
Madagascar	Déc. 10	98	40 %	150	60 %	Déc. 10	230	93 %	18	7 %	...	2 300	4 700	...	<1 %	1 %	
Malaisie	Déc. 10	9 325	67 %	4 593	33 %	Déc. 10	13 382	96 %	536	4 %	...	1 000	1 900	...	28 %	52 %	
Malawi		...		...		Déc. 10	228 478	91 %	22 509	9 %	...	93 000	120 000	...	19 %	24 %
Maldives	Déc. 10	2	100 %	0	0 %	Déc. 10	2	100 %	0	0 %	...	<100	<100	...	0 %	0 %	
Mali	Déc. 10	8 192	33 %	16 586	67 %	Déc. 10	23 386	94 %	1 392	6 %	...	6 600	11 000	...	13 %	21 %	
Maroc	Déc. 10	1 659	52 %	1 541	48 %	Déc. 10	3 032	95 %	168	5 %	...	<500	1 000	...	17 %	42 %	
Maurice	Déc. 10	550	85 %	96	15 %	Déc. 10	640	99 %	6	1 %	...	<100	<100	...	13 %	29 %	
Mauritanie	Déc. 10	824	49 %	845	51 %	Déc. 10	1 607	96 %	62	4 %	...	<1 000	1 700	...	4 %	10 %	

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes de sexe masculin et féminin recevant un traitement antirétroviral						Nombre déclaré d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral						Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS, 2010 ^b						Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, décembre 2010 ^c		
	Mois et année du rapport	Sexe masculin	% du total	Sexe féminin	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+ 15)	% du total	Enfants (< 15)	% du total	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute		
Mexique	Déc.10	50 031	78 %	14 456	22 %	Déc.10	62 840	97 %	1 647	3 %	...	1 600	1 900	...	86 %	>95 %	...	...	...
Micronésie (États fédérés de)	Déc.10	2	40 %	3	60 %	Déc.10	5	100 %	0	0 %	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mongolie	Déc.10	23	82 %	5	18 %	Déc.10	28	100 %	0	0 %	...	<100	<100	...	0 %	0 %	...	...	...
Monténégro	Déc.10	36	90 %	4	10 %	Déc.10	39	98 %	1	3 %	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	Déc.10	79 553	36 %	139 438	64 %	Déc.10	201 596	92 %	17 395	8 %	91 000	75 000	110 000	19 %	16 %	23 %	...	...	...
Myanmar	Déc.10	16 768	56 %	13 057	44 %	Déc.10	27 715	93 %	2 110	7 %	...	2 700	4 800	...	44 %	77 %	...	...	...
Namibie	Déc.10 ^d	30 814	36 %	55 143	64 %	Déc.10	79 708	90 %	9 009	10 %	10 000	9 200	12 000	87 %	74 %	>95 %	...	...	...
Nauru	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Népal	Déc.10 ^d	2 803	58 %	2 051	42 %	Déc.10	4 579	94 %	288	6 %	...	<1 000	3 100	...	9 %	29 %	...	...	...
Nicaragua	Déc.10	832	65 %	454	35 %	Déc.10	1 222	95 %	64	5 %	...	<100	<500	...	21 %	86 %	...	...	...
Niger	Déc.10 ^d	3 166	43 %	4 130	57 %	Déc.10	7 477	96 %	335	4 %	...	4 300	6 500	...	5 %	8 %	...	...	...
Nigeria	Déc.10	120 497	34 %	238 684	66 %	Déc.10	338 780	94 %	20 401	6 %	280 000	250 000	320 000	7 %	6 %	8 %	...	...	...
Nioué	...	...	...	...	...	Déc.10	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Oman	Déc.08 ^e	262	64 %	150	36 %	Déc.10	460	98 %	9	2 %	...	<100	<100	...	18 %	41 %	...	...	...
Ouganda	Sept.10 ^d	85 587	37 %	147 663	63 %	Sept.10	228 368	92 %	19 854	8 %	120 000	100 000	140 000	16 %	14 %	19 %	...	...	...
Ouzbékistan	Déc.10 ^d	567	46 %	666	54 %	Déc.10	1 233	50 %	1 246	50 %	...	<500	<500	...	>95 %	>95 %	...	...	...
Pakistan	Déc.10	1 390	73 %	502	27 %	Déc.10	1 792	95 %	100	5 %	...	<1 000	3 400	...	3 %	11 %	...	...	...
Palaos	Déc.10	1	33 %	2	67 %	Déc.10	3	100 %	0	0 %	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Panama	...	...	...	...	...	Déc.10	4 638	95 %	250	5 %	...	<1 000	2 800	...	9 %	31 %	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Déc.10	3 551	47 %	4 004	53 %	Déc.10	7 129	94 %	426	6 %	2 600	2 000	3 400	16 %	12 %	21 %	...	...	...
Paraguay	Nov.10 ^d	1 843	66 %	942	34 %	Nov.10	2 785	94 %	177	6 %	...	<100	<500	...	51 %	>95 %	...	...	...
Pérou	Déc.09	10 346	70 %	4 434	30 %	Déc.09	14 263	97 %	517	3 %	...	<1 000	2 700	...	19 %	72 %	...	...	...
Philippines	Déc.09 ^e	726	97 %	24	3 %	Déc.10	1 256	99 %	18	1 %	...	<200	<500	...	7 %	15 %	...	...	...
Pologne	Déc.10	3 591	73 %	1 306	27 %	Déc.10	4 767	97 %	130	3 %	...	<100	<100	...	>95 %	>95 %	...	...	...
République arabe syrienne	Fév.11	78	69 %	35	31 %	Déc.10	108	98 %	2	2 %	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République centrafricaine	Déc.10	4 696	31 %	10 591	69 %	Déc.10	14 462	95 %	825	5 %	11 000	9 700	13 000	7 %	6 %	8 %	...	...	...

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes de sexe masculin et féminin recevant un traitement antirétroviral					Nombre déclaré d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral					Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS, 2010 ^b					Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, décembre 2010 ^c			
	Mois et année du rapport	Sexe masculin	% du total	Sexe féminin	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+ 15)	% du total	Enfants (< 15)	% du total	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
République de Moldova	Déc. 10	697	56 %	540	44 %	Déc. 10	1 196	97 %	4 ⁱ	3 %	...	<100	<200	...	28 %	54 %	...	28 %	54 %
République démocratique du Congo	Déc. 10	16 659	38 %	27 219	62 %	Déc. 10	37 941	86 %	5 937	14 %	72 000	71 000	73 000	8 %	8 %	8 %	8 %	8 %	8 %
République démocratique populaire lao	Déc. 10	874	52 %	816	48 %	Déc. 10	1 573	93 %	117	7 %	...	<500	<1 000	...	18 %	50 %	...	18 %	50 %
République dominicaine	Déc. 10	9 908	58 %	7 174	42 %	Déc. 10	16 445	96 %	637	4 %	...	1 400	2 500	...	25 %	46 %	...	25 %	46 %
République populaire démocratique de Corée	Déc. 10 ^d	...	...	...	...	Déc. 10	...	...	...	...	...	<100	<100	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	Déc. 10 ^d	89 796	35 %	167 221	65 %	Déc. 10	238 052	92 %	20 017	8 %	110 000	96 000	130 000	18 %	16 %	21 %	18 %	16 %	21 %
Roumanie	Déc. 10	3 658	50 %	3 618	50 %	Déc. 10	7 091	97 %	185	3 %	...	<500	<500	...	44 %	70 %	...	44 %	70 %
Rwanda	Déc. 10 ^d	34 905	38 %	55 763	62 %	Déc. 10	84 443	92 %	7 541	8 %	17 000	14 000	21 000	45 %	36 %	53 %	45 %	36 %	53 %
Sainte-Lucie	Déc. 09	59	48 %	65	52 %	Déc. 09	121	98 %	3	2 %	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Kitts-et-Nevis	Déc. 09	87	54 %	75	46 %	Déc. 09	159	98 %	3	2 %	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	Déc. 10	9	69 %	4	31 %	Déc. 10	9	69 %	4	31 %	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Samoa	Déc. 10	76	39 %	120	61 %	Déc. 10	189	96 %	7	4 %	...	<100	<100	...	10 %	18 %	...	10 %	18 %
Sao Tomé-et-Principe	Déc. 09	4 427	36 %	7 822	64 %	Déc. 09	11 455	94 %	794	6 %	...	2 400	5 000	...	16 %	34 %	...	16 %	34 %
Sénégal	Déc. 10 ^d	677	75 %	230	25 %	Déc. 10	904	99 %	11	1 %	...	<100	<200	...	9 %	21 %	...	9 %	21 %
Seychelles	Déc. 10	92	59 %	64	41 %	Déc. 10	150	96 %	6	4 %	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sierra Leone	Déc. 10	1 805	33 %	3 747	67 %	Déc. 10	4 877	88 %	675	12 %	2 400	1 900	3 000	28 %	23 %	36 %	28 %	23 %	36 %
Slovaquie	Déc. 10	92	78 %	26	22 %	Déc. 10	118	100 %	0	0 %	...	<100	<100	...	0 %	0 %	...	0 %	0 %
Somalie	Déc. 10 ^d	378	45 %	469	55 %	Déc. 10 ^d	810	96 %	34	4 %	...	4 300	8 300	...	<1 %	1 %	...	<1 %	1 %
Soudanb	Déc. 10 ^d	1 284	61 %	838	39 %	Déc. 10	3 972	...	373	...	15 000	9 800	23 000	2 %	2 %	4 %	2 %	2 %	4 %
Sri Lanka	Déc. 10	151	59 %	105	41 %	Déc. 10	242	95 %	14	5 %	...	<100	<100	...	17 %	34 %	...	17 %	34 %
Suriname	Déc. 10 ^d	532	49 %	555	51 %	Déc. 10	1 029	93 %	77	7 %	...	<200	<500	...	26 %	68 %	...	26 %	68 %
Swaziland	Déc. 10	21 689	36 %	38 113	64 %	Déc. 10	54 084	90 %	5 718	10 %	10 000	9 300	12 000	55 %	48 %	61 %	55 %	48 %	61 %
Tadjikistan	Déc. 10	298	59 %	206	41 %	Déc. 10	483	96 %	21	4 %	...	<500	<500	...	5 %	5 %	...	5 %	5 %
Tchad	Déc. 10 ^d	11 888	38 %	19 400	62 %	Déc. 10	31 312	97 %	976	3 %	19 000	15 000	23 000	5 %	4 %	6 %	5 %	4 %	6 %
Thaïlande	Sept. 10 ^d	104 273	50 %	104 297	50 %	Sept. 10	228 949	97 %	7 859	3 %	...	9 400	13 000	...	60 %	84 %	...	60 %	84 %

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre déclaré de personnes de sexe masculin et féminin recevant un traitement antirétroviral				Nombre déclaré d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral				Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS, 2010 ^b			Estimation de la couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, décembre 2010 ^c				
	Mois et année du rapport	Sexe masculin	% du total	Sexe féminin	% du total	Mois et année du rapport	Adultes (+ 15)	% du total	Enfants (< 15)	% du total	Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Timor-Leste	Déc. 10	16	41 %	23	59 %	Déc. 10	36	92 %	3	8 %	...	...	...	...	...	...
Togo	Déc. 10	8 399	34 %	16 236	66 %	Déc. 10	23 278	94 %	1 357	6 %	8 500	7 300	10 000	16 %	13 %	19 %
Tonga		...		...			...		...		...	...	...	...	...	...
Tunisie	Déc. 09	262	64 %	150	36 %	Déc. 10	392	95 %	20	5 %	...	<200	<1 000	...	2 %	14 %
Turkménistan		...		...			...		...		...	...	...	...	...	...
Turquie		...		...			...		...		...	...	...	...	...	...
Tuvalu		...		...			...		...		...	...	...	...	...	...
Ukraine	Déc. 10	12 024	53 %	10 673	47 %	Déc. 10	20 651	91 %	2 046	9 %	...	2 800	4 200	...	48 %	73 %
Uruguay		...		...			3 000	96 %	124	4 %	...	<200	<500	...	36 %	>95 %
Vanuatu	Déc. 10	0	0 %	2	100 %	Déc. 10	1	50 %	1	50 %	...	...	...	...	...	...
Venezuela (République bolivarienne du)	Déc. 10 ^d	30 261	81 %	7 297	19 %	Déc. 10	36 985	98 %	842	2 %	...	4 500	9 400	...	9 %	19 %
Viet Nam	Déc. 10	34 319	69 %	15 173	31 %	Déc. 10	46 824	95 %	2 668	5 %	...	3 400	5 000	...	53 %	78 %
Yémen	Déc. 10	330	62 %	201	38 %	Déc. 10	493	93 %	38	7 %	...	...	...	...	...	...
Zambie	Déc. 10	145 722	42 %	198 685	58 %	Déc. 10	319 019	93 %	25 388	7 %	98 000	86 000	110 000	26 %	23 %	30 %
Zimbabwe	Déc. 10	118 476	36 %	207 765	64 %	Déc. 10	294 026	90 %	32 215	10 %	100 000	91 000	120 000	32 %	28 %	35 %

... Données non disponibles ou sans objet.

a Voir le classement des pays par catégorie de revenu, type d'épidémie et région géographique de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS (annexe 10).

b Les estimations des besoins sont calculées selon les méthodes décrites dans les notes explicatives sur les annexes. Les estimations pour chaque pays peuvent varier en fonction des méthodes utilisées localement.

c Les estimations de couverture sont basées sur les estimations non arrondies du nombre d'enfants qui reçoivent un traitement antirétroviral et sur les estimations non arrondies du nombre d'enfants qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral (selon la méthodologie de l'OMS et de l'ONUSIDA). Les fourchettes des estimations de couverture sont basées sur les limites de plausibilité du dénominateur, soit l'estimation haute et l'estimation basse des besoins.

d Les chiffres ventilés les plus récents ne sont disponibles que pour des données incomplètes - par exemple sans les données du secteur privé - ou cumulées ; ils ne correspondent pas aux données de l'ensemble du pays. Les données pour l'ensemble du pays sont présentées dans l'annexe 4.

e Les chiffres ventilés disponibles les plus récents sont plus anciens que les dernières données transmises pour l'ensemble du pays. Les dernières données pour l'ensemble du pays sont présentées dans l'annexe 4.

f Les estimations du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral sont en cours d'examen et seront ajustées, si nécessaire, en fonction de la collecte et de l'analyse des données en cours. De ce fait, certains pays ont demandé de ne publier qu'une fourchette seulement ou aucune estimation des besoins.

g Aucun rapport n'a été communiqué par la Fédération de Russie. Aux fins d'analyse, et sur la base des rapports précédents, il a toutefois été estimé tout au long de ce rapport que les enfants comptaient pour environ 4 % des personnes recevant un traitement antirétroviral en Fédération de Russie.

Annexe 6 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenu faible ou moyen, en 2009-2010

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des recommandations de l'OMS pour la prévention de la transmission mère-enfant		Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS ^c		Estimation du % de femmes enceintes ayant reçu des antirétroviraux selon les recommandations de l'OMS pour la transmission mère-enfant ^d		Femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, ayant reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, ayant reçu une prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, chez qui un test virologique a été réalisé au plus tard à l'âge de deux mois	
	Nombre déclaré ^b	Période	Estimation [fourchette]	Estimation [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]
Afghanistan	0 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [<100 - <500]	... [0 %]	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Afrique du Sud	250 072	Janv. 10-Déc. 10	260 000 [230 000-290 000]	>95 % [85- >95 %]	1 142 983 ^e	>95 %	68 % [61-77 %]	141 483	54 % [48-61 %]	178 672	69 % [61-77 %]	...	...	...
Albanie	0	Janv. 10-Déc. 10	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Algérie	54 ^f	Janv. 10-Déc. 10	... [<200 - <500]	... [14-33 %]	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Angola	3 125	Janv. 10-Déc. 10	16 000 [11 000-21 000]	20 % [15-28 %]	256 983	32 %	17 % [12-23 %]	2 578	17 % [12-23 %]	474 g	3 % [2-4 %]	...	...	...
Argentine	2 146	Janv. 10-Déc. 10	... [$<1 000$ -2 200]	... [>95 - >95 %]	670 802 ^{ah}	>95 %	... [>95 - >95 %]	2 549	... [>95 - >95 %]	...	...	...	...	...
Arménie	17	Janv. 10-Déc. 10	... [<100 - <100]	... [21- >95 %]	41 638	88 %	... [16- >95 %]	6	... [7- >95 %]	0	... [0 %]	...	...	...
Azerbaïdjan	17	Janv. 10-Déc. 10	... [<100 - <100]	... [22-46 %]	187 097 ^e	>95 %	... [19-41 %]	19	... [24-51 %]	16	... [20-43 %]	...	...	...
Bangladesh	15	Janv. 10-Déc. 10	... [<100 - <200]	... [8-20 %]	116 ⁱ	<1 %	... [2-4 %]	3	... [2-4 %]	3	... [2-4 %]	...	...	...
Bélarus	191 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [<100 - <500]	... [86- >95 %]	115 082 ⁱ	>95 %	... [94- >95 %]	208	... [88- >95 %]	145	... [66- >95 %]	...	...	...
Belize	53	Janv. 10-Déc. 10	... [<100 - <200]	... [35-62 %]	6 178	81 %	... [35-62 %]	53	... [36-64 %]	54	... [36-64 %]	...	...	...
Bénin	797 ^b	Janv. 10-Déc. 10	3 700 [3 100-4 500]	21 % [18-26 %]	149 871	43 %	35 % [29-42 %]	1 306	40 % [33-48 %]	1 473 ^h	40 % [33-48 %]	...	...	...
Bhoutan	5	Janv. 10-Déc. 10	... [<100 - <100]	... [17-42 %]	5 922	40 %	... [43- >95 %]	13 ⁱ	... [23-58 %]	...	...	...	...	...
Bolivie (État plurinational de)	145	Janv. 10-Déc. 10	... [<100 - <200]	... [76- >95 %]	131 723	50 %	... [79- >95 %]	151	... [14-84 %]	27 ⁱ	... [79- >95 %]	...	...	...
Bosnie-Herzégovine	0	Janv. 10-Déc. 10	...	...	1 676	5 %	...	0	...	0	...	...	...	...
Botswana	14 641	Janv. 10-Déc. 10	13 000 [12 000-15 000]	>95 % [>95 - >95 %]	48 708 ^{ah}	>95 %	>95 % [>95 - >95 %]	14 582	78 % [69-87 %]	10 094	53 % [47-59 %]	...	...	...
Brazil	6 160	Janv. 10-Déc. 10	... [4 300-8 100]	... [76- >95 %]	2 381 780 ⁱ	79 %	... [89- >95 %]	7 250	...	...	... [28-53 %]	...	...	...
Bulgarie	9	Janv. 09-Déc. 09	... [<100 - <100]	... [12-35 %]	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Burkina Faso	2 792	Janv. 10-Déc. 10	8 100 [6 600-9 900]	35 % [28-42 %]	382 523	54 %	30 % [25-37 %]	2 447	29 % [23-35 %]	538	7 % [5-8 %]	...	...	...
Burundi	2 617	Janv. 10-Déc. 10	7 300 [5 400-8 200]	36 % [32-49 %]	110 988	39 %	19 % [17-26 %]	1 394	19 % [17-26 %]	516	7 % [6-10 %]	...	...	...
Cambodge	670 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [1 700-3 900]	... [17-40 %]	236 314	74 %	... [24-55 %]	912	... [3-7 %]	717	... [19-43 %]	...	...	...
Cameroun	15 720 ^b	Janv. 10-Déc. 10	30 000 [24 000-37 000]	53 % [43-65 %]	293 583	41 %	27 % [22-33 %]	7 980	16 % [13-20 %]	6 376	21 % [17-26 %]	...	...	...
Cap-Vert	61	Janv. 09-Déc. 09	... [<100 - <200]	... [54- >95 %]	8 500 ^h	83 %	... [54- >95 %]	67 ^h	86 % [59- >95 %]	67 ⁱ	86 % [59- >95 %]	...	...	...
Chili	155	Janv. 10-Déc. 10	... [200- <500]	... [38- >95 %]	112 647	46 %	...	...	...	...	...	...	...	...

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des recommandations de l'OMS pour la prévention de la transmission mère-enfant		Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS ^c		Estimation du % de femmes enceintes ayant reçu des antirétroviraux selon les recommandations de l'OMS pour la prévention de la transmission mère-enfant ^d		Femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, ayant reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, ayant reçu une prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, chez qui un test virologique a été réalisé au plus tard à l'âge de deux mois		
	Nombre déclaré ^b	Période	Estimation [fourchette]	Estimation [fourchette]	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]
Chine	1873 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [3 900-8 900]	... [21-48 %]	64 %	10 540 000 ^m	... [25-57 %]	2 192	... [25-57 %]	...	...	...	...	...	...
Colombie	607 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [1 000-1 900]	... [32-80 %]	49 %	452 098	... [18-45 %]	338	... [18-45 %]	...	...	168	... [9-22 %]	...	...
Comores	2	Janv. 10-Déc. 10	... [<100-<100]	... [67->95 %]	4 %	1 034 ^h	... [33->95 %]	1 ^h	... [33->95 %]	1 ^h	...	0 ^h	... [0 %]	...	...
Congo	616	Janv. 10-Déc. 10	3 800 [3 200-4 500]	16 % [14-20 %]	21 %	30 537	9 % [8-11 %]	347	9 % [8-11 %]	347	9 % [8-11 %]	377	10 % [8-12 %]	...	...
Costa Rica	25	Janv. 10-Déc. 10	... [<200-<500]	... [12-24 %]	78 %	56 940	... [15-29 %]	30	... [15-29 %]	35	... [17-34 %]	35	... [17-34 %]	...	...
Côte d'Ivoire	11 561 ⁱ	Janv. 10-Déc. 10	18 000 [15 000-21 000]	66 % [54-79 %]	59 %	395 128	44 % [36-52 %]	7 681	44 % [36-52 %]	3 866	22 % [18-26 %]	6 437 ^e	36 % [30-44 %]	...	...
Croatie	2	Janv. 10-Déc. 10	... [100-<100]	... [15-40 %]	...	...	... [0 %]	0	... [0 %]	...	...	...	...	...	...
Cuba	66	Janv. 10-Déc. 10	... [100-<100]	... [93->95 %]	>95 %	124 499 ^e	... [93->95 %]	66	... [93->95 %]	2	... [3-6 %]	66	... [93->95 %]	...	...
Djibouti	38	Janv. 10-Déc. 10	<1 000 [500-<1 000]	6 % [4-9 %]	20 %	5 148	6 % [4-8 %]	36 ⁱ	6 % [4-8 %]	22 ^h	4 % [2-5 %]	...	...	...	...
Dominique	2	Janv. 10-Déc. 10	...	...	72 %	876	...	1 ^h	...	2	...	1 ^h	...	...	...
Égypte	7	Janv. 10-Déc. 10	... [100-<1 000]	... [1-10 %]	...	...	... [1-10 %]	7	... [1-10 %]	0	... [0 %]	7	... [1-10 %]	...	...
El Salvador	94 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [500-1 300]	... [7-47 %]	56 %	70 617	... [8-50 %]	102	... [8-50 %]	0	... [0 %]	108	... [8-53 %]	...	...
Équateur	509	Janv. 10-Déc. 10	... [100-<1 000]	... [83->95 %]	92 %	274 573	... [66->95 %]	403	... [66->95 %]	200	... [33->95 %]	5 ^h	... [1-6 %]	...	...
Érythrée	42 ^b	Janv. 10-Déc. 10	1 200 [1 000-2 800]	3 % [1-7 %]	27 %	52 205	36 % [16-73 %]	452	36 % [16-73 %]	168 ⁱ	14 % [6-27 %]	...	...	...	...
Éthiopie	7 844	Janv. 10-Déc. 10	... ⁿ	...	26 %	691 065	...	4 737 ⁱ	...	13 000 ^{op}	...	13 000 ^{op}	...	...	...
ex-République yougoslave de Macédoine	0	Janv. 10-Déc. 10	...	...	2 %	515	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Fédération de Russie	8 928 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [11 000-16 000]	... [57-84 %]	87 %	1 468 091 ^{ia}	... [55-83 %]	8 744 ⁱ	... [55-83 %]	...	...	...	...	...	...
Fidji	14 ⁱ	Janv. 10-Déc. 10	... [100-<100]	... [78->95 %]	83 %	15 442 ⁱ	... [95->95 %]	27	... [95->95 %]	25 ⁱ	... [95->95 %]	27 ⁱ	... [95->95 %]	...	...
Gabon	898 ^b	Janv. 10-Déc. 10	1 800 [1 300-2 700]	49 % [34-72 %]	55 %	22 662	16 % [11-24 %]	301 ⁱ	16 % [11-24 %]	333 ⁱ	18 % [12-27 %]	132	7 % [5-11 %]	...	...
Gambie	70 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [500-2 600]	... [3-14 %]	49 %	32 048	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Géorgie	33	Janv. 10-Déc. 10	... [100-<100]	... [49->95 %]	87 %	45 246	... [36->95 %]	24	... [36->95 %]	1	... [1-4 %]	27	... [40->95 %]	...	...
Ghana	5 845	Janv. 10-Déc. 10	12 000 [10 000-15 000]	48 % [40-57 %]	68 %	526 233	19 % [16-23 %]	2 316	19 % [16-23 %]	2 316	19 % [16-23 %]	180	1 % [1-1 %]	...	...
Grenade	1	Janv. 10-Déc. 10	...	...	>95 %	2 056 ^e	...	1	...	1	...	0	...	...	...
Guatemala	293	Janv. 10-Déc. 10	... [500-5 200]	... [6-87 %]	21 %	98 233	... [3-47 %]	159 ⁱ	... [3-47 %]	222 ⁱ	... [4-66 %]	...	...	...	...
Guinée	1 074	Janv. 10-Déc. 10	4 700 [3 600-6 300]	23 % [17-30 %]	12 %	46 696	11 % [8-15 %]	526	11 % [8-15 %]	908	19 % [15-25 %]	292	6 % [5-8 %]	...	...

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des recommandations de l'OMS pour la prévention de la transmission mère-enfant		Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS ^c		Estimation du % de femmes enceintes ayant reçu des recommandations de l'OMS pour la prévention de la transmission mère-enfant ^d		Femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, ayant reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, ayant reçu une prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, chez qui un test virologique a été réalisé au plus tard à l'âge de deux mois	
	Nombre déclaré ^b	Période	Estimation [fourchette]	Estimation [fourchette]	Estimation [fourchette]	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]
Guinée équatoriale	133 ^{b1}	Janv. 10-Déc. 10	2 300 [1 500-3 400]	6 % [4-9 %]	16 %	4 151 ^f	7 % [5-12 %]	253	11 % [7-17 %]	...	...	...	...
Guinée-Bissau	344 ^b	Janv. 10-Déc. 10	1 100 [<1 000-1 400]	30 % [25-38 %]	44 %	25 455	38 % [30-47 %]	35	3 % [2-4 %]	0	0 % [0 %]	0	0 % [0 %]	
Guyana	66 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [<100-<200]	... [40->95 %]	>95 %	14 571 ^{es}	... [>95->95 %]	103	... [62->95 %]	52	... [31->95 %]	52	... [31->95 %]	
Haiti	2 096 ^b	Janv. 10-Déc. 10	5 200 [4 300-6 200]	40 % [34-49 %]	51 %	137 044	31 % [26-38 %]	...	...	1 103 ^t	21 % [18-26 %]	1 103 ^t	21 % [18-26 %]
Honduras	320	Janv. 10-Déc. 10	... [<500-<1 000]	... [54->95 %]	62 %	125 920	... [34-82 %]	...	...	328	... [56->95 %]	328	... [56->95 %]
Hongrie	5	Janv. 09-Déc. 09	... [<100-<100]	... [13-33 %]	8 %	8 357 ⁱ	... [13-33 %]	5 ^h	... [13-33 %]	...	...	...	...
Îles Cook	...	Janv. 10-Déc. 10	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Îles Marshall	1	Oct. 08-Sept. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Îles Salomon	0	Janv. 10-Déc. 10	...	...	6 %	997 ^f	...	...	...	...	...	...	...
Inde	0 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [22 000-61 000]	...	23 %	6 239 085	... [18-49 %]	10 775	... [18-49 %]	1 213	... [2-5 %]	1 596	... [3-7 %]	
Indonésie	468	Janv. 10-Déc. 10	... [3 200-8 800]	... [5-15 %]	<1 %	13 140	... [3-8 %]	250	... [3-8 %]	...	...	...	...
Iran (République islamique d')	58	Sept. 09-Sept. 10	... [<500-<500]	... [13-23 %]	...	...	... [13-23 %]	55 ^u	... [1-20 %]	49 ^u	... [1-20 %]	55 ^r	... [13-22 %]
Iraq	0	Janv. 10-Déc. 10	...	...	<1 %	2 800	...	0	...	0	...	0	...
Jamaïque	338 ^{b1}	Janv. 10-Déc. 10	... [<500-<1 000]	... [40-88 %]	50 %	25 235 ^{iv}	... [45->95 %]	377 ^s	... [45->95 %]	...	...	...	...
Jordanie	3	Janv. 10-Déc. 10	...	...	<1 %	3	...	1	...	0	...	1	...
Kazakhstan	149 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [<100-<200]	... [86->95 %]	>95 %	430 550 ^e	... [95->95 %]	227	... [95->95 %]	227	... [95->95 %]	227	... [95->95 %]	
Kenya	37 204 ^b	Janv. 10-Déc. 10	87 000 [75 000-100 000]	43 % [37-49 %]	83 %	1 265 447	57 % [49-65 %]	5 935	7 % [6-8 %]	55 604	64 % [56-74 %]	55 604	64 % [56-74 %]	
Kirghizistan	64	Janv. 10-Déc. 10	... [<200-<1 000]	... [10-36 %]	>95 %	162 369 ^e	... [10-36 %]	63	... [1-39 %]	0 ^f	... [0 %]	0 ^f	... [0 %]	
Kiribati	1	Janv. 10-Déc. 10	...	...	84 %	174	...	1	...	0	...	...	...
Lesotho	12 370	Janv. 10-Déc. 10	14 000 [12 000-16 000]	89 % [77->95 %]	57 %	34 329	76 % [66-86 %]	10 670	11 % [10-12 %]	15 421 ⁱ	78 % [68-88 %]	10 907	78 % [68-88 %]	
Lettonie	45	Janv. 10-Déc. 10	... [<100-<100]	... [45-92 %]	...	...	...	26	... [26-53 %]	26	... [26-53 %]	26	... [26-53 %]
Liban	...	Janv. 10-Déc. 10	... [<100-<100]	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Libéria	588	Janv. 10-Déc. 10	1 500 [1 100-2 000]	38 % [29-53 %]	42 %	64 319	23 % [18-32 %]	354	3 % [2-4 %]	45 ^{hi}	7 % [5-10 %]	109 ^{hi}	7 % [5-10 %]	
Libye	...	Janv. 10-Déc. 10	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Lituanie	12	Janv. 09-Déc. 09	... [<100-<100]	... [86->95 %]	86 %	30 057 ^h	... [86->95 %]	12 ^h	...	10 ^h	... [71->95 %]	10 ^h	... [71->95 %]	
Madagascar	17	Janv. 10-Déc. 10	... [1 300-2 800]	... [<1-1 %]	21 %	152 600	... [<1-1 %]	3	... [<1-1 %]	0	... [0 %]	...	...

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des recommandations de l'OMS pour la prévention de la transmission mère-enfant		Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention des méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS ^c		Estimation du % de femmes enceintes ayant reçu des recommandations de l'OMS pour la prévention de la transmission mère-enfant ^d		Femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, ayant reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, ayant reçu une prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, chez qui un test sérologique a été réalisé au plus tard à l'âge de deux mois		
	Nombre déclaré ^b	Période	Estimation [fourchette]	Estimation [fourchette]	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]
Malaisie	282	Janv. 10-Déc. 10	... [<1 000-1 000]	... [29-53 %]	77 %	443 570 ^w	... [26-49 %]	258	... [26-49 %]	258	... [26-49 %]	258	... [26-49 %]	258	... [26-49 %]
Malawi	17 729 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [57 000-76 000] ^h	... [23-31 %]	66 %	437 856	... [35-46 %]	26 422	... [37-49 %]	28 079 ^h	... [37-49 %]	...	...	...	...
Maldives	0	Janv. 10-Déc. 10	... [<100-<100]	... [0 %]	>95 %	5 833 ^e	... [0 %]	0	... [0 %]	0	... [0 %]	0 ^h	... [0 %]	...	... [0 %]
Mali	1 277	Janv. 10-Déc. 10	... [3 700-7 600]	... [7-34 %]	15 %	110 085	... [13-27 %]	1 002	... [13-27 %]	3 913	... [52->95 %]	...	...	...	...
Maroc	124	Janv. 10-Déc. 10	... [<500-<1 000]	... [15-39 %]	<1 %	3 057 ^{iv}	... [7-20 %]	62	... [7-20 %]	62	... [7-20 %]	56	... [7-18 %]	...	...
Maurice	64	Janv. 10-Déc. 10	... [<100-<100]	... [77->95 %]	86 %	14 348	... [47-89 %]	39	... [47-89 %]	39	... [47-89 %]	...	...	...	...
Mauritanie	72	Janv. 10-Déc. 10	... [<1 000-1 700]	... [4-13 %]	3 %	3 915	... [2-6 %]	34	... [2-6 %]	34	... [2-6 %]	...	...	...	...
Mexique	124	Janv. 09-Déc. 09	... [<500-1 300]	... [9-31 %]	34 %	757 863 ⁱ	... [4-15 %]	58 ⁱ	... [4-15 %]	...	...	...	...	...	...
Micronésie (États fédérés de)	2	Janv. 10-Déc. 10	... [<100-<100]	... [7-17 %]	>95 %	64 073 ^e	... [0 %]	0	... [0 %]	0	... [0 %]	0	... [0 %]	0	... [0 %]
Mongolie	1	Janv. 10-Déc. 10	... [<100-<100 ]	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Monténégro	...	Janv. 10-Déc. 10	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	52 222 ^b	Janv. 10-Déc. 10	100 000 [85 000-120 000]	52 % [44-62 %]	87 %	766 025	42 % [36-50 %]	42 162	42 % [36-50 %]	...	...	34 593	34 % [29-41 %]	...	...
Myanmar	2 500	Janv. 10-Déc. 10	... [2 400-5 100]	... [49->95 %]	35 %	290 914	... [39-81 %]	1 979	... [39-81 %]	1 158	... [23-47 %]	64	... [1-3 %]	...	...
Namibie	7 790 ^b	Janv. 10-Déc. 10	8 000 [6 000-9 000]	>95 % [79->95 %]	86 %	51 655	>95 % [86->95 %]	8 451	>95 % [86->95 %]	...	...	4 962	62 % [50-83 %]	...	...
Nauru	...	Janv. 10-Déc. 10	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Népal	53 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [<500-1 400]	... [4-14 %]	13 %	94 511	... [8-33 %]	122	... [8-33 %]	79	... [5-21 %]	17	... [1-5 %]	...	...
Nicaragua	90	Janv. 10-Déc. 10	... [<100-<500]	... [29->95 %]	65 %	89 712	... [28->95 %]	87	... [28->95 %]	81	... [26->95 %]	58	... [18->95 %]	...	...
Niger	2 119	Janv. 10-Déc. 10	... [3 400-5 000]	... [42-62 %]	40 %	304 303	... [10-15 %]	523	... [10-15 %]	480	... [10-14 %]	...	...	...	...
Nigéria	19 628 ^b	Janv. 10-Déc. 10	230 000 [200 000-260 000]	9 % [7-10 %]	14 %	907 387	11 % [9-12 %]	24 156	11 % [9-12 %]	5 293 ⁱ	2 % [2-3 %]	8 834	4 % [3-4 %]	...	...
Nioué	...	Janv. 10-Déc. 10	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Oman	25	Janv. 10-Déc. 10	... [<100-<100]	... [49->95 %]	>95 %	67 110 ^e	... [51->95 %]	26	... [51->95 %]	4 ^h	... [8-19 %]	4 ^h	... [8-19 %]	...	...
Ouganda	39 566 ^b	Jul. 09-Jun. 10	94 000 [77 000-110 000]	42 % [36-51 %]	63 %	951 466 ^v	42 % [36-51 %]	20 625 ^{vy}	22 % [19-27 %]	3 983 ^{yz}	4 % [4-5 %]	10 000 ^y	11 % [9-13 %]	...	...
Ouzbékistan	180 ^b	Janv. 09-Déc. 09	... [<100-1 900]	... [9->95 %]	88 %	518 174	... [28->95 %]	527	... [28->95 %]	...	...	43	... [2->95 %]	...	...
Pakistan	23	Janv. 10-Déc. 10	... [<1 000-4 200]	... [1-2 %]	<1 %	3 573	... [<1-2 %]	20	... [<1-2 %]	0	... [0 %]	20	... [<1-2 % ]	...	...
Palaos	0	Janv. 10-Déc. 10	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Pays à revenu faible ou moyen ^a	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des recommandations de l'OMS pour la prévention de la transmission mère-enfant		Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS ^c		Estimation du % de femmes enceintes ayant reçu des recommandations de l'OMS pour la prévention de la transmission mère-enfant ^d		Femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, ayant reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, ayant reçu une prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, chez qui un test sérologique a été réalisé au plus tard à l'âge de deux mois		
	Nombre déclaré ^b	Période	Estimation [fourchette]	Estimation [fourchette]	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]
Panama	118	Janv. 09-Déc. 09	... [<200 - $<1\,000$]	... [20-80 %]	85 %	151	... [25->95 %]	98 ^f	... [16-66 %]	93 ^f	... [16-63 %]	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	225	Janv. 10-Déc. 10	1 400 [1 000-1 700]	16 % [13-22 %]	24 %	384	28 % [22-37 %]	19 ^h	1 % [1-2 %]	...	...	...	...	...	...
Paraguay	149	Janv. 10-Déc. 10	... [<200 - $<1\,000$]	... [25->95 %]	46 %	165	... [28->95 %]	125	... [21->95 %]	82	... [14-67 %]	...	...	...	...
Pérou	539	Janv. 10-Déc. 10	... [<500 -2 700]	... [20->95 %]	78 %	466	... [17->95 %]	...	...	...	...	...	...	...	...
Philippines	12	Janv. 10-Déc. 10	... [<200 - <500]	... [3-8 %]	...	7	... [1-5 %]	7	... [1-5 %]	7	... [1-5 %]	...	...	...	...
Pologne	67	Janv. 10-Déc. 10	... [<200 - <500]	... [23-48 %]	...	54	... [18-39 %]	69 ^h	... [23-49 %]	54	... [18-39 %]	...	...	...	...
République arabe syrienne	0	Janv. 10-Déc. 10	...	...	0 %	0	...	0	...	...	...	...	...	...	...
République centrafricaine	2 013	Janv. 10-Déc. 10	8 600 [7 100-11 000]	24 % [19-29 %]	26 %	1 074	13 % [10-15 %]	815	10 % [8-12 %]	40 ^f	<1 % [<1 -1 %]	...	...	...	...
République de Moldova	123	Janv. 10-Déc. 10	... [<200 - <500]	... [53-87 %]	>95 %	134	... [58-95 %]	34	... [15-24 %]	137	... [60->95 %]	...	...	...	...
République démocratique du Congo	307 ^b	Janv. 10-Déc. 10	50 000 [41 000-61 000]	1 % [<1 -1 %]	11 %	326 856	6 % [5-7 %]	396 ^f	1 % [1-1 %]	919	2 % [1-2 %]	...	...	...	...
République démocratique populaire lao	27	Janv. 10-Déc. 10	... [<200 - <500]	... [7-15 %]	2 %	2 892	... [4-10 %]	14	... [3-8 %]	3	... [1-2 %]	...	...	...	...
République dominicaine	822 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [$<1\,000$ -1 900]	... [43-91 %]	41 %	89 251	... [49->95 %]	132	... [7-15 %]	132	... [7-15 %]	...	...	...	...
République populaire démocratique de Corée	...	Janv. 10-Déc. 10	... [<100 - $<1\,000$]	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	58 161 ^{h,ab}	Janv. 10-Déc. 10	98 000 [85 000-110 000]	59 % [52-68 %]	86 %	66 144 ^{ad}	68 % [59-77 %]	15 300 ^{ee}	16 % [14-18 %]	22 033 ^{ee#}	22 % [20-26 %]	...	...	...	...
Roumanie	191	Janv. 10-Déc. 10	... [<100 - <200]	... [>95->95 %]	51 %	111 584	... [>95->95 %]	7 ^h	... [4-11 %]	192 ^h	... [>95->95 %]	...	...	...	...
Rwanda	7 293 ^b	Janv. 10-Déc. 10	12 000 [9 800-15 000]	60 % [50-75 %]	68 %	297 145	63 % [52-78 %]	7 368	61 % [50-75 %]	7 220	60 % [49-74 %]	...	...	...	...
Sainte-Lucie	6	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Kitts-et-Nevis	1	Janv. 09-Déc. 09	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	10 ^b	Janv. 09-Déc. 09	...	...	>95 %	2 635 ^{eh}	...	14 ^h	...	14 ^h	...	...	...	...	...
Samoa	0	Janv. 10-Déc. 10	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sao Tomé-et-Principe	33	Janv. 10-Déc. 10	... [<100 - $<1\,000$]	... [69->95 %]	>95 %	5 898 ^e	... [56->95 %]	27	... [56->95 %]	...	...	...	...	...	...
Sénégal	917	Janv. 09-Déc. 09	... [2 200-4 700]	... [20-42 %]	36 %	166 830 ^h	... [9-20 %]	...	...	339 ^h	... [7-15 %]	...	...	...	...
Serbie	2	Janv. 10-Déc. 10	... [<100 - $<1\,000$]	... [2-7 %]	6 %	6 313	... [3-10 %]	0	... [0 %]	3	... [3-10 %]	...	...	...	...
Seychelles	10	Janv. 10-Déc. 10	...	...	>95 %	1 543 ^e	...	6	...	6	...	...	...	...	...
Sierra Leone	1 805	Janv. 10-Déc. 10	2 900 [2 300-3 600]	62 % [51-77 %]	50 %	112 338	18 % [15-22 %]	521	18 % [15-22 %]	521	18 % [15-22 %]	...	...	...	...

Pays à revenu faible ou moyen*	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des recommandations de l'OMS pour la prévention de la transmission mère-enfant		Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS ^c		Estimation du % de femmes enceintes ayant reçu des recommandations de l'OMS pour la prévention de la transmission mère-enfant ^d		Femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, ayant reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, ayant reçu une prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance		Nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, chez qui un test virologique a été réalisé au plus tard à l'âge de deux mois		
	Nombre déclaré ^b	Période	Estimation [fourchette]	Estimation [fourchette]	Estimation de la couverture	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]	Nombre déclaré	Estimation de la couverture [fourchette]
Slovaquie	0	Janv. 10-Déc. 10	... [$<100-1000$]	... [0 %]	>95 %	59 900 ^e	... [0 %]	0	... [0 %]	0	... [0 %]	0	... [0 %]	0	... [0 %]
Somalie	3 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [2 600-6 000]	... [<1 %]	1 %	5 995	... [<1 %]	21	... [<1 %]	0 ^h	... [0 %]	...	... [0 %]	...	...
Soudan	279 ^{a,h}	Janv. 10-Déc. 10	12 000 [7 800-19 000]	2 % [1-4 %]	4 %	56 469 ^a	2 % [1-4 %]	70 ⁱ	1 % [$<1-1$ %]	25 ^{ik}	<1 % [$<1-1$ %]	...	<1 % [$<1-1$ %]	...	...
Sri Lanka	2	Janv. 10-Déc. 10	... [$<100-1000$]	... [3-6 %]	4 %	13 479	... [3-6 %]	3	... [4-9 %]	4	... [5-13 %]	0	... [0 %]	...	...
Suriname	84	Janv. 09-Déc. 09	... [$<100-1000$]	... [9->95 %]	88 %	8 511 ^h	... [9->95 %]	73 ^h	... [6->95 %]	...	...	9 ^h	... [2-15 %]	...	...
Swaziland	9 273	Janv. 10-Déc. 10	9 100 [8 100-10 000]	>95 % [88->95 %]	83 %	29 046	>95 % [88->95 %]	8 997	>95 % [86->95 %]	8 087	89 % [77->95 %]	4 902	54 % [47-61 %]	...	...
Tadjikistan	59	Janv. 10-Déc. 10	... [$<200-1000$]	... [7-38 %]	62 %	119 033	... [7-38 %]	48	... [6-31 %]	57	... [7-37 %]	...	...	...	...
Tchad	1 000	Janv. 10-Déc. 10	14 000 [11 000-19 000]	7 % [5-9 %]	7 %	32 977	7 % [5-9 %]	655	5 % [4-6 %]	481	3 % [3-4 %]	235 ^f	2 % [1-2 %]	...	...
Thaïlande	4 664	Oct. 09-Sept. 10	... [4 800-8 000]	... [59->95 %]	94 %	787 337 ^m	... [59->95 %]	4 902 ^m	... [62->95 %]	2 074 ^h	... [26-44 %]	3 736 ^m	... [47-79 %]	...	...
Timor-Leste	3	Janv. 10-Déc. 10	...	...	<1 %	71 ⁱ	...	1 ⁱ	...	...	...	...	...	...	...
Togo	3 126	Janv. 10-Déc. 10	6 200 [5 200-7 300]	51 % [43-60 %]	42 %	80 434	51 % [43-60 %]	2 178	35 % [30-41 %]	1 524	25 % [21-29 %]	1 162	19 % [16-22 %]	...	...
Tonga	0	Janv. 10-Déc. 10	...	...	0 %	0	...	0	...	0	...	0	...	...	...
Tunisie	7	Janv. 10-Déc. 10	... [$<100-1000$]	... [1-11 %]	...	...	... [1-11 %]	6	... [1-10 %]	6	... [1-10 %]	0	... [0 %]	...	...
Turkménistan	0	Janv. 10-Déc. 10	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Turquie	0	Janv. 10-Déc. 10	... [$<100-1000$]	... [0 %]	...	...	... [0 %]	...	...	...	...	...	...	...	...
Tuvalu	...	Janv. 10-Déc. 10	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ukraine	4 564 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [2 400-4 400]	... [9->95 %]	>95 %	571 985 ^e	... [9->95 %]	3 745	... [85->95 %]	2 953	... [67->95 %]	2 690	... [61->95 %]	...	...
Uruguay	72	Janv. 10-Déc. 10	... [$<100-1000$]	... [23->95 %]	72 %	35 953 ^h	... [23->95 %]	72 ^h	... [23->95 %]	...	...	72 ^h	... [23->95 %]	...	...
Vanuatu	0	Janv. 10-Déc. 10	...	...	21 %	1 499 ^h	...	0 ⁱ	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela (République bolivarienne du)	268	Janv. 10-Déc. 10	... [2 200-4 600]	... [6-12 %]	...	...	... [6-12 %]	274 ⁱ	... [6-12 %]	...	...	...	...	...	...
Viet Nam	1 319 ^b	Janv. 10-Déc. 10	... [2 900-5 000]	... [26-46 %]	52 %	760 726	... [26-46 %]	1 730	... [34-60 %]	1 684 ^{mm}	... [33-58 %]	...	...	...	...
Yémen	17	Janv. 10-Déc. 10	...	...	1 %	6 328	...	17	...	14	...	9	...	...	...
Zambie	59 602 ^b	Janv. 10-Déc. 10	79 000 [70 000-88 000]	75 % [67-85 %]	94 %	566 057	75 % [67-85 %]	44 897	57 % [51-64 %]	31 346	40 % [35-45 %]	16 807	21 % [19-24 %]	...	...
Zimbabwe	21 044 ^b	Janv. 10-Déc. 10	46 000 [41 000-53 000]	46 % [40-52 %]	90 %	337 537	46 % [40-52 %]	35 256	77 % [67-87 %]	24 996	54 % [47-62 %]	6 500 ^f	14 % [12-16 %]	...	...

- ... Domées non disponibles ou sans objet.
- a Voir le classement des pays par catégorie de revenu, type d'épidémie et région géographique de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS (annexe 10).
- b Seuls les schémas d'antirétroviraux les plus efficaces selon les recommandations de l'OMS sont rapportés dans cette colonne : la valeur concernant la névirapine en dose unique a été retranchée de chaque total. Si un pays a également transmis des données sur des femmes ayant reçu un schéma d'antirétroviraux sans que celui-ci ne soit précisé, un chiffre proportionnel a été ajouté à la valeur concernant la névirapine en dose unique qui a été retranchée du total communiqué.
- c Les estimations ont été calculées selon les méthodes décrites dans les notes explicatives sur les annexes et dans l'encadré 5.9. Les estimations pour chaque pays peuvent varier en fonction des méthodes utilisées localement.
- d Les estimations de couverture sont basées sur le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et recevant des antirétroviraux (hors névirapine en dose unique) et sur l'estimation non arrondie du besoin en antirétroviraux (selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS). Les fourchettes des estimations de couverture sont basées sur les limites de plausibilité du dénominateur, soit l'estimation haute et l'estimation basse des besoins. Un chiffre et une fourchette d'estimation sont donnés en cas d'épidémie généralisée, alors que seule une fourchette est donnée en cas d'épidémie peu étendue ou concentrée.
- e Le nombre déclaré de femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH était supérieur à l'estimation du nombre de femmes enceintes, ce qui sous-entend une couverture supérieure à 100 %. L'année dernière, la couverture était déjà supérieure à 95 % dans ces pays : les données utilisées pour les analyses régionales et mondiales ont donc été ajustées pour représenter une couverture équivalente à celle de l'année dernière.
- f Données qui ont fait l'objet d'une sous-déclaration, soit incomplètes ou non représentatives de la population.
- g Domées incluant les nourrissons âgés de plus de deux mois.
- h Les dernières données transmises datent de décembre 2009.
- i Les données peuvent avoir fait l'objet d'une sous-déclaration.
- j Les dernières données transmises datent de décembre 2008.
- k Un double comptage peut être présent dans les données.
- l Selon les données transmises, les estimations montrent qu'un test de dépistage a été réalisé chez 12 490 nourrissons, mais les résultats n'ont été transmis que pour 6850 d'entre eux. Comme les données ne précisent pas le moment où a lieu le test, il est possible que de nombreux nourrissons aient été testés après l'âge de deux mois.
- m Les données concernent la période allant d'octobre 2009 à septembre 2010.
- n Les estimations du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant sont en cours d'examen et seront ajustées, si nécessaire, en fonction de la collecte et de l'analyse des données en cours. Certains pays ont donc demandé que seule une fourchette de l'estimation soit publiée, ou de ne publier aucun chiffre.
- o Ces données ne sont pas pleinement prises en compte au niveau national. Les données représentant les nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, chez qui un test virologique a été réalisé à l'âge de deux mois, ont été utilisées comme une indication indirecte pour les nourrissons qui ont reçu une prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance.
- p Les données concernent la période allant de juillet 2009 à juin 2010.
- q La Fédération de Russie a déclaré 4 827 215 femmes enceintes ayant effectué un test de dépistage du VIH. Il est probable que ce nombre s'explique par un double ou un triple comptage : le chiffre représentant 95 % de l'estimation de l'ensemble des naissances ayant eu lieu en Fédération de Russie (1 545 359) a été utilisé comme une indication indirecte et représente probablement le nombre total de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH.
- r Les données ont été collectées dans les hôpitaux suivants : CWM, Lautoka et Labasa.
- s Parmi les femmes vues dans les services de suivi post-partum et dont le statut par rapport au VIH n'était pas connu, toutes n'ont pas effectué un test de dépistage et reçu leur résultat dans les 72 heures suivant l'accouchement.
- t Les données concernent la période allant de juin 2010 à décembre 2010.
- u Les données concernent la période allant de septembre 2009 à septembre 2010.
- v Les données concernant les secteurs privés et/ou semi-public ne sont pas disponibles.
- w Ne tient compte que des données transmises par les établissements de santé publics.
- x Le programme a été pendant six mois en rupture de stock d'antirétroviraux pour la prophylaxie.
- y Les données concernent la période allant de juillet 2009 à juin 2010.
- z Les données ne proviennent que d'un petit nombre d'établissements car les outils pour la collecte des données n'ont été que récemment adaptés pour inclure cet indicateur.
- aa Domées provenant seulement du Ministerio de Salud (MINSAL) et ne tenant pas compte des autres sous-secteurs du secteur de la santé.
- bb Deux rapports distincts ont été adressés par la République-Unie de Tanzanie : la Tanzanie continentale a déclaré un chiffre de 80 748 en décembre 2010 ; Zanzibar a déclaré le chiffre de 310 pour la période allant de janvier à décembre 2010 ; soit un total de 81 058. Valeur ajustée (note de bas de page a).
- cc Deux rapports distincts ont été adressés par la République-Unie de Tanzanie : la Tanzanie continentale a déclaré un chiffre de 1 557 859 en décembre 2010 ; Zanzibar a déclaré le chiffre de 42 211 pour la période allant de janvier à décembre 2010 ; soit un total de 1 600 070.
- dd Deux rapports distincts ont été adressés par la République-Unie de Tanzanie : la Tanzanie continentale a déclaré un chiffre de 65 948 en décembre 2010 ; Zanzibar a déclaré le chiffre de 196 pour la période allant de janvier à décembre 2010 ; soit un total de 66 144.
- ee Deux rapports distincts ont été adressés par la République-Unie de Tanzanie : la Tanzanie continentale a déclaré un chiffre de 15 300 en décembre 2010 ; Zanzibar a déclaré que les données ne sont pas disponibles pour la période allant de janvier à décembre 2010.
- ff Les données obtenues à partir des outils de surveillance actuels ne sont pas ventilées en fonction de l'âge.
- gg Deux rapports distincts ont été adressés par la République-Unie de Tanzanie : la Tanzanie continentale a déclaré un chiffre de 22 033 en décembre 2010 ; Zanzibar a déclaré que les données ne sont pas disponibles pour la période allant de janvier à décembre 2010.
- hh Deux rapports distincts ont été adressés par le Soudan : le sud du Soudan a déclaré un chiffre de 559 pour 2010 ; le nord du Soudan a déclaré le chiffre de 110 pour la période allant de janvier à décembre 2010 ; soit un total de 669. Valeur ajustée (note de bas de page a).
- ii Deux rapports distincts ont été adressés par le Soudan : le sud du Soudan a déclaré un chiffre de 31 718 pour 2010 ; le nord du Soudan a déclaré le chiffre de 24 751 pour la période allant de janvier à décembre 2010 ; soit un total de 56 469.
- jj Deux rapports distincts ont été adressés par le Soudan : le sud du Soudan a déclaré un chiffre de 70 pour 2010 ; le nord du Soudan n'a rien déclaré pour 2010.
- kk Deux rapports distincts ont été adressés par le Soudan : le sud du Soudan a déclaré un chiffre de 25 pour 2010 ; le nord du Soudan n'a rien déclaré pour 2010.
- ll Les données ont été recueillies dans les hôpitaux suivants : Northern District, Vila Central, Leneakel, Lolowai et Norsup.
- mm Les données concernent la période allant de novembre 2009 à septembre 2010.

Annexe 7 Avancées obtenues dans 22 pays prioritaires par rapport aux indicateurs clés du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants

Pays	Objectif chiffré global		Objectif chiffré global		Objectif chiffré pour le Front 1		Objectif chiffré pour le Front 2			
	Nombre de femmes vivant avec le VIH qui accouchent		Nouvelles infections pédiatriques dues à la transmission mère-enfant		Décès liés au VIH chez les femmes au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches		Incidence de l'infection à VIH chez les femmes de 15 à 49 ans (%)		% de femmes de 15 à 49 ans dont les besoins en matière de planification familiale ne sont pas satisfaits	
	2009	2010	2009	2010	2008	2010	2009	2010	2009	Année
Afrique du sud	270 000 [240 000-300 000]	260 000 [230 000-290 000]	61 000 [52 000-72 000]	48 000 [42 000-58 000]	3 800	...	1,77 % [1,64-1,96 %]	1,70 % [1,58-1,88 %]	13,8 %	2004
Angola	15 000 [11 000-20 000]	16 000 [11 000-21 000]	5 200 [3 600-7 200]	5 200 [3 500-7 100]	330	...	0,25 % [0,17-0,36 %]	0,24 % [0,15-0,34 %]	...	
Botswana	13 000 [12 000-15 000]	13 000 [12 000-15 000]	<1 000 [<500-1 100]	<500 [<500-1 000]	140	...	1,46 % [1,22-1,78 %]	1,31 % [1,09-1,59 %]	...	
Burundi	7 500 [5 900-8 400]	7 300 [5 400-8 200]	2 500 [1 800-2 800]	2 000 [1 400-2 400]	240	...	0,21 % [0,08-0,22 %]	0,19 % [0,08-0,21 %]	29,0 %	2002
Cameroun	30 000 [25 000-37 000]	30 000 [24 000-37 000]	8 800 [6 900-11 000]	6 800 [4 900-9 200]	1 200	...	0,45 % [0,34-0,68 %]	0,43 % [0,32-0,61 %]	20,2 %	2004
Côte d'Ivoire	19 000 [16 000-23 000]	18 000 [15 000-21 000]	5 600 [4 400-7 100]	4 800 [3 700-6 200]	1 000	...	0,20 % [0,15-0,27 %]	0,19 % [0,15-0,25 %]	...	
Éthiopie	... ^b	... ^b	... ^b	... ^b	1 800	...	...^b	... ^b	33,8 %	2005
Ghana	13 000 [11 000-15 000]	12 000 [10 000-15 000]	4 200 [3 500-5 100]	3 700 [3 000-4 600]	500	...	0,12 % [0,09-0,15 %]	0,11 % [0,08-0,15 %]	35,3 %	2008
Inde	... ^b [23 000-65 000]	... ^b [22 000-61 000]	... ^b [7 900-23 000]	... ^b [7 300-21 000]	2 500	...	...^b [0,01-0,02 %]	... ^b [0,01-0,02 %]	12,8 %	2006
Kenya	87 000 [75 000-100 000]	87 000 [75 000-100 000]	23 000 [18 000-27 000]	19 000 [15 000-23 000]	2 200	...	0,67 % [0,58-0,79 %]	0,62 % [0,53-0,75 %]	25,6 %	2009
Lesotho	14 000 [12 000-16 000]	14 000 [12 000-16 000]	3 900 [3 400-4 600]	3 700 [3 100-4 400]	370	...	3,15 % [2,68-3,79 %]	2,80 % [2,41-3,42 %]	31,0 %	2005
Malawi	... ^b [59 000-79 000]	... ^b [57 000-76 000]	... ^b [19 000-26 000]	... ^b [16 000-24 000]	1 900	...	...^b [0,57-0,81 %]	... ^b [0,50-0,71 %]	27,6 %	2004
Mozambique	99 000 [84 000-120 000]	100 000 [85 000-120 000]	30 000 [24 000-36 000]	32 000 [26 000-38 000]	2 500	...	1,33 % [1,10-1,54 %]	1,28 % [1,06-1,50 %]	18,4 %	2004
Namibie	8 200 [6 100-10 000]	8 000 [6 000-9 900]	1 500 [1 000-2 100]	1 100 [<1 000-1 600]	100	...	0,98 % [0,58-1,52 %]	0,94 % [0,55-1,48 %]	20,6 %	2007
Nigéria	220 000 [190 000-250 000]	230 000 [200 000-260 000]	72 000 [63 000-84 000]	75 000 [65 000-86 000]	4 900	...	0,53 % [0,44-0,61 %]	0,53 % [0,43-0,62 %]	20,2 %	2008
Ouganda	89 000 [75 000-110 000]	94 000 [77 000-110 000]	28 000 [22 000-33 000]	28 000 [22 000-34 000]	3 000	...	0,97 % [0,70-1,26 %]	0,88 % [0,64-1,12 %]	40,6 %	2006
République démocratique du Congo	50 000 [41 000-61 000]	50 000 [41 000-61 000]	19 000 [15 000-23 000]	18 000 [15 000-23 000]	990	...	0,23 % [0,15-0,34 %]	0,23 % [0,15-0,34 %]	24,4 %	2007
République-Unie de Tanzanie	97 000 [85 000-110 000]	98 000 [85 000-110 000]	29 000 [24 000-34 000]	24 000 [20 000-29 000]	3 100	...	0,70 % [0,62-0,78 %]	0,68 % [0,59-0,76 %]	21,8 %	2005
Swaziland	9 300 [8 300-11 000]	9 100 [8 100-10 000]	1 700 [1 400-2 200]	1 300 [1 100-1 700]	230	...	3,29 % [2,77-4,00 %]	3,13 % [2,59-3,81 %]	24,0 %	2007
Tchad	14 000 [11 000-18 000]	14 000 [11 000-19 000]	4 800 [3 700-6 200]	4 700 [3 500-6 200]	530	...	0,32 % [0,21-0,54 %]	0,30 % [0,19-0,52 %]	20,7 %	2004
Zambie	79 000 [70 000-87 000]	79 000 [70 000-88 000]	20 000 [17 000-23 000]	16 000 [13 000-19 000]	1 900	...	1,07 % [0,80-1,30 %]	0,97 % [0,71-1,19 %]	26,5 %	2007
Zimbabwe	49 000 [43 000-56 000]	46 000 [41 000-53 000]	15 000 [12 000-17 000]	11 000 [9 500-14 000]	3 200	...	1,27 % [0,95-1,64 %]	1,12 % [0,83-1,46 %]	12,8 %	2006

Sources :

Spectrum

Spectrum

Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 : estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale

Spectrum

Base de données sur les OMD de la Division de statistique des Nations Unies

... Données non disponibles ou sans objet.

a La distribution des décès liés au VIH/sida se base sur les estimations de 2008 (publiées dans Statistiques sanitaires mondiales 2011) ; envelope of deaths among children younger than five years, 2010 estimates (publié en 2011 par United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation : <http://www.childmortality.org>).

b À la demande du pays, aucune valeur ne peut être présentée, ou seulement une fourchette, car les estimations sont en train d'être examinées et seront ajustées, si nécessaire, en fonction de la collecte et de l'analyse des données en cours.

Pays	Objectif chiffré 3.1 du Front 3		Objectif chiffré 3.12 du Front 3	Objectif chiffré 3.3 du Front 3	Objectif chiffré pour le Front 4		Objectif chiffré pour l'enfant			
	Taux de transmission mère-enfant (%)		Couverture maternelle en antirétroviraux (prophylaxie et traitement) (%)	% de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, ayant reçu eux-mêmes ou leur mère des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission au cours de l'allaitement au sein	Pourcentage de femmes enceintes qui ont besoin de thérapie antirétrovirale et y ont accès		% de décès dus au VIH chez les enfants de moins de cinq ans ^a		Couverture du traitement antirétroviral chez les enfants de moins de 15 ans (%)	
	2009	2010	Couverture hors dose unique de névirapine, 2010	2009/2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Afrique du sud	23 % [18-31 %]	18 % [14-25 %]	>95 % [85->95 %]	...	...	>95 % [84->95 %]	34,8 %	...	36 % [32-40 %]	36 % [32-40 %]
Angola	34 % [18-64 %]	33 % [17-63 %]	20 % [15-28 %]	...	...	...	1,9 %	...	11 % [8-14 %]	10 % [7-14 %]
Botswana	5 % [3-9 %]	3 % [2-6 %]	>95 % [>95->95 %]	...	...	67 % [63-71 %]	16,6 %	...	87 % [77->95 %]	88 % [79->95 %]
Burundi	33 % [22-48 %]	28 % [17-44 %]	36 % [32-49 %]	...	...	...	5,5 %	...	13 % [12-16 %]	13 % [11-16 %]
Cameroun	29 % [19-44 %]	23 % [13-38 %]	53 % [43-65 %]	...	...	21 % [19-23 %]	5,0 %	...	10 % [9-12 %]	11 % [9-13 %]
Côte d'Ivoire	30 % [19-44 %]	27 % [17-42 %]	66 % [54-79 %]	...	...	27 % [23-32 %]	4,4 %	...	14 % [12-17 %]	12 % [11-15 %]
Éthiopie	... ^b	... ^b	... ^b	...	...	...	2,1 %	...	...^b	... ^b
Ghana	33 % [23-48 %]	30 % [20-44 %]	48 % [40-57 %]	...	...	...	4,1 %	...	10 % [8-12 %]	13 % [11-16 %]
Inde	... ^b [12-100 %]	... ^b [12-97 %]	...	...	...	...	0,5 %	...	...^b [24-59 %]	... ^b [24-59 %]
Kenya	26 % [19-36 %]	21 % [15-31 %]	43 % [37-49 %]	...	...	47 % [43-51 %]	8,9 %	...	18 % [16-21 %]	21 % [18-25 %]
Lesotho	28 % [21-37 %]	26 % [19-35 %]	89 % [77->95 %]	...	...	47 % [43-51 %]	30,7 %	...	19 % [17-22 %]	22 % [20-25 %]
Malawi	... ^b [24-45 %]	... ^b [22-42 %]	... ^b [23-31 %]	...	...	...^b [23-29 %]	13,3 %	...	...^b [18-23 %]	... ^b [19-24 %]
Mozambique	29 % [20-43 %]	31 % [22-44 %]	52 % [44-62 %]	...	...	17 % [15-20 %]	10,5 %	...	11 % [10-14 %]	19 % [16-23 %]
Namibie	18 % [10-34 %]	14 % [8-27 %]	>95 % [85->95 %]	...	...	54 % [46-62 %]	19,5 %	...	85 % [70->95 %]	87 % [74->95 %]
Nigéria	33 % [25-43 %]	33 % [25-43 %]	9 % [7-10 %]	...	...	8 % [7-9 %]	4,1 %	...	8 % [7-10 %]	7 % [6-8 %]
Ouganda	31 % [21-44 %]	30 % [20-44 %]	42 % [36-51 %]	...	...	32 % [27-37 %]	6,2 %	...	14 % [12-16 %]	16 % [14-19 %]
République démocratique du Congo	37 % [25-56 %]	37 % [25-56 %]	1 % [<1-1 %]	...	...	...	1,1 %	...	7 % [7-8 %]	8 % [8-8 %]
République-Unie de Tanzanie	30 % [22-40 %]	25 % [17-34 %]	59 % [52-68 %]	...	...	30 % [27-33 %]	5,6 %	...	11 % [10-13 %]	18 % [16-21 %]
Swaziland	19 % [13-26 %]	14 % [11-21 %]	>95 % [88->95 %]	...	...	53 % [50-56 %]	29,5 %	...	56 % [49-63 %]	55 % [48-61 %]
Tchad	34 % [21-56 %]	33 % [19-57 %]	7 % [5-9 %]	...	...	9 % [7-12 %]	2,7 %	...	5 % [4-6 %]	5 % [4-6 %]
Zambie	25 % [19-33 %]	20 % [15-27 %]	75 % [67-85 %]	...	...	44 % [40-47 %]	11,7 %	...	27 % [24-30 %]	26 % [23-30 %]
Zimbabwe	30 % [22-40 %]	25 % [18-34 %]	46 % [40-52 %]	...	...	23 % [21-26 %]	24,7 %	...	25 % [22-29 %]	32 % [28-35 %]
Sources :	Spectrum		Rapport Accès Universel, Spectrum	UA (N.D. cette année)	Rapport Accès Universel, Spectrum		CEIWG (2008 estimates)		Rapport Accès Universel, Spectrum	

... Données non disponibles ou sans objet.

a La distribution des décès liés au VIH/sida se base sur les estimations de 2008 (publiées dans Statistiques sanitaires mondiales 2011) ; envelope of deaths among children younger than five years, 2010 estimates (publié en 2011 par United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation : <http://www.childmortality.org>).

b À la demande du pays, aucune valeur ne peut être présentée, ou seulement une fourchette, car les estimations sont en train d'être examinées et seront ajustées, si nécessaire, en fonction de la collecte et de l'analyse des données en cours.

Annexe 8 Statistiques sur le VIH et le sida, par régions de l'OMS et de l'UNICEF, en 2010^a

	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Enfants (de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Enfants nouvellement infectés par le VIH	% de prévalence chez les adultes (de 15 à 49 ans)	Adultes et enfants décédés de causes liées au sida	Enfants (de 0 à 14 ans) décédés de causes liées au sida	Proportion de femmes parmi les personnes âgées de 15 ans et plus vivant avec le VIH
Monde	34 000 000 [31 600 000-35 200 000]	3 400 000 [3 000 000-3 800 000]	2 700 000 [2 400 000-2 900 000]	390 000 [340 000-450 000]	0,8 [0,8-0,8]	1 800 000 [1 600 000-1 900 000]	250 000 [220 000-290 000]	50 [47-53]
Régions de l'OMS								
Région africaine	22 900 000 [21 700 000-24 200 000]	3 100 000 [2 800 000-3 500 000]	1 900 000 [1 700 000-2 100 000]	350 000 [300 000-410 000]	4,7 [4,5-4,9]	1 200 000 [1 100 000-1 400 000]	230 000 [200 000-260 000]	59 [56-62]
Région des Amériques	3 000 000 [2 600 000-3 500 000]	58 000 [44 000-74 000]	170 000 [120 000-240 000]	5 000 [3 200-6 900]	0,5 [0,4-0,6]	96 000 [71 000-120 000]	3 600 [2 100-5 100]	31 [27-37]
Région de la Méditerranée orientale	560 000 [410 000-790 000]	42 000 [28 000-57 000]	82 000 [54 000-130 000]	7 400 [5 200-9 800]	0,2 [0,1-0,3]	38 000 [27 000-53 000]	4 100 [2 800-5 500]	40 [29-57]
Région européenne	2 300 000 [2 100 000-2 500 000]	19 000 [15 000-25 000]	190 000 [150 000-230 000]	2 400 [1 900-2 900]	0,4 [0,4-0,5]	99 000 [84 000-120 000]	1 300 [<1 000-1 800]	32 [30-35]
Région de l'Asie du Sud-Est	3 500 000 [3 000 000-3 900 000]	140 000 [92 000-190 000]	210 000 [180 000-260 000]	17 000 [11 000-25 000]	0,3 [0,3-0,3]	230 000 [190 000-260 000]	12 000 [6 800-18 000]	37 [32-41]
Région du Pacifique occidental	1 300 000 [1 100 000-1 500 000]	39 000 [33 000-46 000]	130 000 [88 000-190 000]	5 000 [3 800-6 200]	0,1 [0,1-0,1]	80 000 [64 000-99 000]	2 700 [2 200-3 400]	28 [23-34]
Régions de l'UNICEF								
Afrique^b	23 300 000 [21 900 000-24 600 000]	3 100 000 [2 800 000-3 500 000]	1 900 000 [1 700 000-2 100 000]	360 000 [310 000-420 000]	3,9 [3,7-4,1]	1 200 000 [1 100 000-1 400 000]	230 000 [200 000-270 000]	59 [56-62]
Afrique subsaharienne ^c	23 200 000 [21 900 000-24 500 000]	3 100 000 [2 800 000-3 500 000]	1 900 000 [1 700 000-2 100 000]	360 000 [310 000-420 000]	4,8 [4,5-5,0]	1 200 000 [1 100 000-1 400 000]	230 000 [200 000-270 000]	59 [56-62]
Afrique de l'Est et Afrique australe	16 400 000 [15 600 000-17 300 000]	2 200 000 [2 000 000-2 500 000]	1 200 000 [1 100 000-1 300 000]	220 000 [190 000-260 000]	7,1 [6,8-7,4]	820 000 [750 000-900 000]	150 000 [130 000-170 000]	59 [56-62]
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	6 500 000 [6 100 000-7 100 000]	900 000 [780 000-1 000 000]	670 000 [580 000-770 000]	130 000 [110 000-150 000]	2,8 [2,6-3,0]	410 000 [370 000-460 000]	81 000 [68 000-94 000]	59 [55-63]
Moyen-Orient et Afrique du Nord	400 000 [300 000-490 000]	30 000 [19 000-40 000]	51 000 [34 000-64 000]	5 000 [3 500-6 600]	0,2 [0,2-0,3]	30 000 [21 000-37 000]	3 000 [2 000-3 900]	44 [33-53]
Amérique latine et Caraïbes	1 600 000 [1 400 000-1 900 000]	57 000 [43 000-72 000]	110 000 [83 000-150 000]	4 700 [3 000-6 500]	0,4 [0,4-0,5]	76 000 [52 000-100 000]	3 400 [1 900-4 800]	37 [31-42]
Asie	4 800 000 [4 300 000-5 300 000]	180 000 [130 000-230 000]	360 000 [300 000-450 000]	22 000 [16 000-30 000]	0,2 [0,2-0,2]	310 000 [260 000-340 000]	15 000 [9 400-21 000]	34 [30-38]
Asie orientale et Pacifique	2 300 000 [1 900 000-2 600 000]	69 000 [60 000-78 000]	200 000 [150 000-270 000]	8 200 [6 500-10 000]	0,2 [0,1-0,2]	140 000 [100 000-140 000]	4 400 [3 500-5 400]	32 [25-35]
Asie du Sud	2 500 000 [2 200 000-2 900 000]	110 000 [65 000-160 000]	160 000 [140 000-210 000]	15 000 [8 200-22 000]	0,2 [0,2-0,3]	170 000 [150 000-200 000]	11 000 [5 400-17 000]	37 [33-43]
Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	1 500 000 [1 300 000-1 700 000]	18 000 [14 000-24 000]	160 000 [120 000-210 000]	2 300 [1 800-2 900]	0,7 [0,6-0,7]	91 000 [76 000-110 000]	1 200 [<1 000-1 800]	26 [20-39]
Pays industrialisés^d	2 200 000 [1 900 000-2 700 000]	2 300 [1 900-2 800]	88 000 [56 000-150 000]	<500 [<500-1 000]	0,4 [0,3-0,5]	29 000 [25 000-36 000]	<500 [<500-500]	58 [23-32]

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

a Les régions de l'ONUSIDA (n = 9) sont similaires aux Régions géographiques (n = 6), ces dernières étant seulement plus denses (annexe 10). La principale différence tient au fait que la Somalie est classée en Afrique subsaharienne dans les Régions géographiques tandis que l'ONUSIDA inclut ce pays dans la région Afrique du Nord et Moyen-Orient.

b L'Afrique comprend tous les pays de la région Afrique de l'Est et Afrique australe et tous les pays de la région Afrique de l'Ouest et Afrique centrale selon le classement de l'UNICEF, ainsi que les pays suivants classés par l'UNICEF dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord : Algérie, Djibouti, Égypte, Lybie, Maroc, Soudan et Tunisie.

c Pour les régions de l'UNICEF, les données de Djibouti et du Soudan ont été incluses pour l'Afrique subsaharienne, mais n'ont été incluses dans aucune des sous-régions.

d Se définit comme les pays non inclus dans la classification régionale de l'UNICEF : Allemagne, Andorre, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Israël, Italie, Japon, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pologne, Portugal, République tchèque, Saint-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse et Royaume-Uni.

Annexe 9 Estimation du nombre de personnes (tous âges confondus) et du nombre d'enfants de moins de 15 ans ayant besoin d'un traitement antirétroviral et recevant ce traitement, et du nombre de femmes enceintes ayant besoin des schémas d'antirétroviraux les plus efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant et les recevant, et pourcentages de couverture dans les pays à revenu faible ou moyen, par régions de l'OMS et de l'UNICEF, en 2010^a

Régions de l'OMS	Nombre de personnes (tous âges confondus) recevant un traitement antirétroviral, décembre 2010	Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les lignes directrices de l'OMS de 2010, 2010 [fourchette] ^b	Couverture du traitement de décembre 2010, 2010 [fourchette] ^c	Nombre d'enfants de moins de 15 ans recevant un traitement antirétroviral, décembre 2010	Estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral, 2010 [fourchette] ^d	Couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant, décembre 2010 [fourchette] ^e	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant les schémas d'antirétroviraux les plus efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant, 2010 [fourchette] ^f	Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant les schémas d'antirétroviraux les plus efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant, 2010 [fourchette] ^f	Estimation du % de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant les schémas d'antirétroviraux les plus efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant, 2010 [fourchette] ^f
Région africaine	5 065 000	10 300 000 [9 700 000-11 000 000]	49 % [46-52 %]	387 500	1 830 000 [1 600 000-2 000 000]	21 % [19-24 %]	674 000	1 350 000 [1 200 000-1 500 000]	50 % [45-56 %]
Région des Amériques	521 000	820 000 [710 000-920 000]	63 % [57-73 %]	16 300	41 400 [34 000-50 000]	39 % [32-48 %]	15 000	25 600 [17 000-33 000]	59 % [46-90 %]
Région de la Méditerranée orientale	15 700	200 000 [150 000-270 000]	8 % [6-11 %]	870	25 900 [18 000-37 000]	3 % [2-5 %]	600	19 800 [14 000-26 000]	3 % [2-4 %]
Région européenne	129 000	570 000 [500 000-650 000]	23 % [20-26 %]	7 500	11 400 [10 000-13 000]	65 % [55-71 %]	14 700	18 600 [15 000-22 000]	79 % [65-94 %]
Région de l'Asie du Sud-Est	717 000	1 800 000 [1 600 000-2 000 000]	39 % [36-45 %]	34 000	87 600 [60 000-120 000]	39 % [29-57 %]	7 700	57 500 [37 000-78 000]	13 % [10-21 %]
Région du Pacifique occidental	203 000	470 000 [400 000-520 000]	43 % [39-51 %]	9 700	23 400 [20 000-27 000]	42 % [36-49 %]	4 400	14 600 [12 000-17 000]	30 % [26-37 %]
Total	6 650 000	14 200 000 [13 400 000-15 000 000]	47 % [44-50 %]	456 000	2 000 000 [1 800 000-2 300 000]	23 % [20-25 %]	716 500	1 490 000 [1 300 000-1 600 000]	48 % [44-54 %]
Régions de l'UNICEF									
Afrique^d	5 075 000	10 500 000 [9 800 000-11 200 000]	48 % [45-52 %]	387 500	1 860 000 [1 600 000-2 100 000]	21 % [19-24 %]	674 500	1 370 000 [1 200 000-1 500 000]	49 % [44-55 %]
Afrique subsaharienne ^e	5 069 000	10 500 000 [9 800 000-11 200 000]	49 % [45-52 %]	387 900	1 860 000 [1 600 000-2 100 000]	21 % [19-24 %]	674 300	1 370 000 [1 200 000-1 500 000]	49 % [44-56 %]
Afrique de l'Est et Afrique australe	4 221 000	7 600 000 [7 100 000-8 000 000]	56 % [53-59 %]	337 200	1 290 000 [1 100 000-1 400 000]	26 % [23-29 %]	600 700	940 000 [840 000-1 000 000]	64 % [57-71 %]
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	842 000	2 800 000 [2 600 000-3 100 000]	30 % [28-33 %]	50 200	550 000 [480 000-630 000]	9 % [8-11 %]	73 300	410 000 [360 000-470 000]	18 % [16-20 %]
Moyen-Orient et Afrique du Nord	14 900	150 000 [120 000-200 000]	10 % [8-13 %]	840	18 500 [12 000-26 000]	5 % [3-7 %]	600	14 200 [10 000-19 000]	4 % [3-6 %]
Amérique latine et Caraïbes	521 000	820 000 [710 000-920 000]	63 % [57-73 %]	16 300	41 400 [34 000-50 000]	39 % [32-48 %]	15 000	25 600 [17 000-33 000]	59 % [46-90 %]
Asie	922 000	2 400 000 [2 100 000-2 500 000]	39 % [36-44 %]	43 800	113 000 [82 000-140 000]	39 % [31-53 %]	12 200	73 800 [52 000-93 000]	16 % [13-24 %]
Asie orientale et Pacifique	489 000	1 000 000 [810 000-1 100 000]	48 % [46-60 %]	20 500	42 900 [37 000-47 000]	48 % [44-56 %]	12 100	30 400 [22 000-33 000]	40 % [32-55 %]
Asie du Sud	432 000	1 300 000 [1 200 000-1 500 000]	33 % [29-37 %]	23 300	69 600 [42 000-100 000]	33 % [23-55 %]	<100	43 500 [25 000-64 000]	<1 % [<1 %]
Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants^f	123 000	550 000 [480 000-630 000]	22 % [19-26 %]	7 300	11 400 [10 000-13 000]	64 % [54-70 %]	14 500	18 200 [15 000-22 000]	80 % [66-95 %]
Total	6 644 000	14 200 000 [13 300 000-15 000 000]	47 % [44-50 %]	455 700	2 000 000 [1 800 000-2 300 000]	23 % [20-25 %]	716 300	1 490 000 [1 300 000-1 600 000]	48 % [44-54 %]

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

a Les régions de l'ONUSIDA (n = 9) sont similaires aux Régions géographiques (n = 6), ces dernières étant seulement plus denses (annexe 10). La principale différence tient au fait que la Somalie est classée en Afrique subsaharienne dans les Régions géographiques tandis que l'ONUSIDA inclut ce pays dans la région Afrique du Nord et Moyen-Orient.

b Pour une explication des méthodes utilisées, se reporter aux notes explicatives sur les annexes.

c Les estimations de couverture sont basées sur les estimations non arrondies du nombre de personnes qui reçoivent un traitement antirétroviral et sur les estimations non arrondies du nombre de personnes qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral. Les fourchettes de niveau de couverture sont basées sur les fourchettes d'incertitude encadrant les estimations des besoins.

d L'Afrique comprend tous les pays de la région Afrique de l'Est et Afrique australe et tous les pays de la région Afrique de l'Ouest et Afrique centrale selon le classement de l'UNICEF, ainsi que les pays suivants classés par l'UNICEF dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord : Algérie, Djibouti, Égypte, Lybie, Maroc, Soudan et Tunisie.

e Pour les régions de l'UNICEF, les données de Djibouti et du Soudan ont été incluses pour l'Afrique subsaharienne, mais n'ont été incluses dans aucune des sous-régions.

f La Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne et la Slovaquie sont cinq pays à revenu faible ou moyen classés par l'UNICEF comme pays industrialisés. De ce fait, les valeurs les concernant n'ont pas été incluses dans ces totaux.

Annexe 10 Classification des pays à revenu faible ou moyen par niveaux de revenu, niveaux d'épidémie et régions géographiques, de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS

Pays	Niveau de revenu	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Afghanistan	Faible revenu	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de la Méditerranée orientale
Afrique du Sud	Revenu moyen supérieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Albanie	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe centrale et occidentale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Algérie	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région africaine
Angola	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Argentine	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Arménie	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Azerbaïdjan	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Bangladesh	Revenu faible	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de l'Asie du Sud-Est
Bélarus	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Belize	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Bénin	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Bhoutan	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de l'Asie du Sud-Est
Bolivie (État plurinational de)	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Bosnie-Herzégovine	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe occidentale et centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Botswana	Revenu moyen supérieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Bresil	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Bulgarie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe occidentale et centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Burkina Faso	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Burundi	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Cambodge	Faible revenu	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Cameroun	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Cap-Vert	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Chili	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Chine	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Colombie	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Comores	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Congo	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Costa Rica	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Côte d'Ivoire	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Croatie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe occidentale et centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Cuba	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques

Pays	Niveau de revenu	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Djibouti*	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Dominique	Revenu moyen supérieur		Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Égypte	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
El Salvador	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Équateur	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Érythrée	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Éthiopie	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Ex-République yougoslave de Macédoine	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe occidentale et centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Fédération de Russie	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Fidji	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Océanie	Océanie	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Gabon	Revenu moyen supérieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Gambie	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Géorgie	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Ghana	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Grenade	Revenu moyen supérieur		Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Guatemala	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Guinée	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Guinée équatoriale	Revenu moyen supérieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Guinée-Bissau	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Guyana	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Haiti	Faible revenu	Généralisée	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Honduras	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Hongrie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe occidentale et centrale	Pays industrialisés	Région européenne
Îles Cook	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Îles Marshall	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Îles Salomon	Faible revenu		Océanie	Océanie	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Inde	Faible revenu	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de l'Asie du Sud-Est
Indonésie	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie orientale et Pacifique	Région de l'Asie du Sud-Est
Irak	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Iran (République islamique d')	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Jamaïque	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Jordanie	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Kazakhstan	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Kenya	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine

	Niveau de revenu	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Pays						
Kirghizistan	Faible revenu	Concentrée	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Kiribati	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Lesotho	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Lettonie	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Pays industrialisés	Région européenne
Liban	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Libéria	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Lituanie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Pays industrialisés	Région européenne
Libye	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Madagascar	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Malaisie	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Malawi	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Maldives	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de l'Asie du Sud-Est
Mali	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Maroc	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Maurice	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Mauritanie	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Mexique	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Micronésie (États fédérés de)	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Mongolie	Faible revenu	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Monténégro	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe occidentale et centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Mozambique	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Myanmar	Faible revenu	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie orientale et Pacifique	Région de l'Asie du Sud-Est
Namibie	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Nauru	N'est pas membre de la Banque mondiale		Océanie	Océanie	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Népal	Faible revenu	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de l'Asie du Sud-Est
Nicaragua	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Niger	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Nigéria	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Nioué	N'est pas membre de la Banque mondiale		Océanie	Océanie	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Oman	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Ouganda	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Ouzbékistan	Faible revenu	Concentrée	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Pakistan	Faible revenu	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de la Méditerranée orientale
Palaos	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental

Pays	Niveau de revenu	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Panama	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Faible revenu	Généralisée	Océanie	Océanie	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Paraguay	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Pérou	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Philippines	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Pologne	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Europe et Asie centrale	Europe occidentale et centrale	Pays industrialisés	Région européenne
République arabe syrienne	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
République centrafricaine	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
République de Moldova	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
République démocratique du Congo	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
République démocratique populaire lao	Faible revenu	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
République dominicaine	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
République populaire démocratique de Corée	N'est pas membre de la Banque mondiale	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie de l'Est	Asie orientale et Pacifique	Région de l'Asie du Sud-Est
République-Unie de Tanzanie	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Roumanie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe occidentale et centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Rwanda	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Sainte-Lucie	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Saint-Kitts-et-Nevis	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Caraïbes	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Samoa	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Océanie	Océanie	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Sao Tomé-et-Principe	Faible revenu	Peu étendue	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Sénégal	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Serbie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe occidentale et centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Seychelles	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Sierra Leone	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Slovaquie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe occidentale et centrale	Pays industrialisés	Région européenne
Somalie	Faible revenu	Concentrée	Afrique subsaharienne	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région de la Méditerranée orientale
Soudan ^b	Faible revenu	Généralisée	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Sri Lanka	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud	Région de l'Asie du Sud-Est
Suriname	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Swaziland	Revenu moyen inférieur	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Tadjikistan	Faible revenu	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Tchad	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Thaïlande	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie orientale et Pacifique	Région de l'Asie du Sud-Est

Pays	Niveau de revenu	Niveau de l'épidémie	Région géographique	Région de l'ONUSIDA	Région de l'UNICEF	Région de l'OMS
Timor-Leste	Faible revenu	Peu étendue	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie orientale et Pacifique	Région de l'Asie du Sud-Est
Togo	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	Région africaine
Tonga	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Tunisie	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Turkmenistan	Revenu moyen inférieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Turquie	Revenu moyen supérieur	Peu étendue	Europe et Asie centrale	Europe occidentale et centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Tuvalu	N'est pas membre de la Banque mondiale		Océanie	Océanie	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Ukraine	Revenu moyen inférieur	Concentrée	Europe et Asie centrale	Europe orientale et Asie centrale	Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants	Région européenne
Uruguay	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Vanuatu	Revenu moyen inférieur		Océanie	Océanie	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Venezuela (République bolivarienne du)	Revenu moyen supérieur	Concentrée	Amérique latine et Caraïbes	Amérique centrale et du Sud	Amérique latine et Caraïbes	Région des Amériques
Viet Nam	Faible revenu	Concentrée	Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	Asie du Sud et du Sud-Est	Asie orientale et Pacifique	Région du Pacifique occidental
Yémen	Faible revenu	Peu étendue	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Région de la Méditerranée orientale
Zambie	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine
Zimbabwe	Faible revenu	Généralisée	Afrique subsaharienne	Afrique subsaharienne	Afrique de l'Est et Afrique australe	Région africaine

a Selon le classement de l'UNICEF, Djibouti est à la fois dans la région Afrique du Nord et Moyen-Orient et dans la région Afrique subsaharienne. Aux fins d'analyse tout au long du présent rapport, Djibouti est classé seulement dans Afrique du Nord et Moyen-Orient.

b Aux fins d'analyse tout au long du rapport, les valeurs concernant le Soudan ont été incluses dans la région Afrique du Nord et Moyen-Orient, en suivant en cela le classement de l'ONUSIDA, alors que l'UNICEF classe ce pays à la fois dans la région Afrique du Nord et Moyen-Orient ainsi que dans la région Afrique subsaharienne.

Annexe 11 Liste des indicateurs pour suivre et analyser la riposte au VIH/sida dans le secteur de santé

Informations générales sur les pays

- #1 Nombre d'entités administratives du pays
- #2 Nombre d'établissements de santé

A Dépistage et services de conseils

- #A1 Nombre d'établissements de santé où le dépistage du VIH et les services de conseils sont disponibles
- #A2 Nombre d'hommes et de femmes de 15 ans et plus ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et de conseils au cours des 12 derniers mois, et qui connaissent le résultat du dépistage
- #A3 Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois, et qui en connaissent le résultat
- #A4 Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

B Prévention en lieux de soins

- #B1 Pourcentage des établissements de santé où toutes les injections thérapeutiques sont effectuées avec du matériel neuf, jetable et à usage unique
- #B2 Nombre d'établissements de santé qui dispensent sur place des services de prophylaxie post exposition (PEP)

C Prévention de la transmission sexuelle du VIH et de la transmission du VIH liée à l'injection de drogues

- #C1 Nombre estimé de consommateur/trices de drogues injectables
- #C2 Nombre de sites ciblés où des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues sont menés
- #C3 Nombre de personnes bénéficiant de traitement de substitution aux opiacés
- #C4 Nombre de seringues/aiguilles distribuées par consommateur/trice de drogues injectables, dans le cadre des programmes d'échange de seringues
- #C5a Pourcentage de consommateurs/trices de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue
- #C5b Pourcentage de consommateurs/trices de drogues injectables qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leur dernier rapport sexuel
- #C5c Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client
- #C5d Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin
- #C6a Pourcentage de personnes séropositives au VIH parmi les consommateurs/trices de drogues injectables
- #C6b Pourcentage de personnes séropositives au VIH parmi les professionnel(le)s du sexe
- #C6c Pourcentage de personnes séropositives au VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

D Soins

- #D1 Pourcentage d'adultes et d'enfants pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH, répondant aux critères d'accès à la prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) et recevant cette prophylaxie actuellement

E TB/VIH

- #E1 Nombre d'établissements de santé (dispensant des traitements antirétroviraux) qui respectent des pratiques attestées de lutte contre l'infection, notamment de lutte antituberculeuse (qui soient conformes aux recommandations internationales)
- #E2 Pourcentage estimé de cas de tuberculose liés à une séropositivité au VIH concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH
- #E3 Pourcentage d'adultes et d'enfants récemment pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH et ayant débuté une thérapie contre la tuberculose latente (thérapie préventive par isoniazide)
- #E4 Pourcentage d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH dépistés pour la tuberculose à leur dernière visite

F Infections Sexuellement Transmises (IST)

- #F1 Pourcentage de femmes ayant consulté dans les services dispensant des soins prénatals et ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis à la première consultation
- #F2 Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals et qui sont séropositives à la syphilis
- #F3 Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals, séropositives à la syphilis et qui ont reçu un traitement
- #F4 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui sont affecté(e)s par la syphilis active
- #F5 Pourcentage d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et qui sont affectés par la syphilis active

G Thérapie antirétrovirale

- #G1 Nombre d'établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux
- #G2a Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles, qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral
- #G2b Nombre d'adultes et d'enfants éligibles, ayant débuté un traitement antirétroviral durant la période couverte par les données (en 2010)
- #G3a Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celle-ci (parmi ceux ayant débuté le traitement antirétroviral en 2009)
- #G3b Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral 24 mois après le début de celle-ci (parmi ceux ayant débuté le traitement antirétroviral en 2008)
- #G3c Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral 60 mois après le début de celle-ci (parmi ceux ayant débuté le traitement antirétroviral en 2005)

H Systèmes de santé

- #H1 Pourcentage des établissements de santé délivrant des antirétroviraux et ayant connu des épisodes de rupture de stocks pour au moins un antirétroviral dans les 12 derniers mois
- #H2 Pourcentage d'établissements dispensant des thérapies antirétrovirales à partir de la surveillance des CD4, conformément aux directives/politiques nationales, sur place ou après orientation recours

I Femmes et enfants

- #I1 Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période
- #I2a Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals
- #I2b Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et aussi des services de dépistage et de conseils pour les femmes enceintes
- #I2c Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et qui dispensent également le dépistage du VIH ET les antirétroviraux pour la PTME sur place
- #I2d Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et assurant aussi la surveillance des CD4 pour les femmes enceintes sur place ou qui disposent d'un système de collecte et de transport des échantillons de sang pour la surveillance
- #I3 Nombre d'établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux pédiatriques
- #I4 Pourcentage d'établissements de santé qui dispensent des services de tests virologiques (ex. PCR) pour le diagnostic du VIH chez les nourrissons, sur place ou à partir de sang séché sur papier buvard
- #I5 Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu les résultats - au cours de leur grossesse, durant le travail et l'accouchement, et pendant la période post partum (M 72 heures) - y compris celles dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était déjà connu
- #I6 Pourcentage de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals, dont le partenaire masculin a été dépisté pour le VIH
- #I7 Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évaluée selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4)
- #I8 Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant
- #I9 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME)
- #I10 Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance
- #I11 Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, ayant bénéficié d'un test virologique du VIH dans les deux mois suivant leur naissance
- #I12 Distribution des pratiques d'alimentation à l'âge de 3 mois (allaitement au sein exclusif, de substitution, mixte/autre) pour les enfants nés de femmes séropositives au VIH, à la visite DTP3 (3ème dose vaccination diphtérie, coqueluche, tétanos)
- #I13 Pourcentage d'enfants séropositifs au VIH, âgés de 0 à 14 ans, recevant actuellement un traitement antirétroviral

Notes explicatives

Collecte et validation des données

L'annexe 1 présente des données par pays sur la syphilis.

L'annexe 2 présente des données par pays sur les établissements de santé fournissant un conseil et un dépistage du VIH et sur l'utilisation de ces services par la population adulte.

L'annexe 3 présente des données par pays sur le conseil et le dépistage du VIH parmi les populations clés particulièrement exposées au VIH ou à risque de transmettre ce virus.

Les annexes 4 et 5 présentent des données par pays sur le traitement antirétroviral.

L'annexe 6 présente des données par pays sur les interventions en rapport avec la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et sur les interventions ciblant les enfants.

L'annexe 7 présente les indicateurs clés pour les 22 pays prioritaires du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie.

L'annexe 8 présente, ventilés suivant les régions de l'OMS et de l'UNICEF, les principaux indicateurs épidémiologiques.

L'annexe 9 présente, ventilés suivant les régions de l'OMS et de l'UNICEF, les principaux indicateurs en rapport avec la couverture du traitement antirétroviral et avec la couverture des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant.

L'annexe 10 donne la liste des pays avec le type d'épidémie et le type d'économie pour chacun d'eux.

L'annexe 11 donne la liste des indicateurs collectés auprès des pays pour élaborer ce rapport.

Les données présentées dans ces annexes ont été collectées par l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA en utilisant l'outil pour l'établissement de rapports annuels sur la surveillance de la riposte du secteur de la santé au VIH et au sida (1). Cet outil a été envoyé aux pays en janvier 2011. Pour faciliter la collaboration au niveau des pays, les bureaux de l'OMS, de l'UNICEF et de l'ONUSIDA de chaque pays ont travaillé conjointement avec leurs homologues nationaux et différentes agences partenaires pour compiler et valider les données suivant un processus commun de collaboration. Entre mars et avril 2011, les pays ont envoyé les données aux bureaux régionaux et au Siège de l'OMS et au Siège de l'UNICEF.

En juin 2011, une réunion internationale d'harmonisation a par ailleurs été organisée afin d'examiner les données transmises à l'OMS, à l'UNICEF, au Secrétariat de l'ONUSIDA, au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et au Plan d'urgence du président des États-Unis d'Amérique en matière de lutte contre le sida, et pour procéder à une validation croisée de ces données. Quand des incohérences ont été retrouvées entre les données transmises aux différentes organisations, une lettre de suivi a été envoyée aux Bureaux pays de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS pour qu'ils contactent les autorités nationales afin de clarifier et résoudre ces incohérences.

Notes explicatives consacrées à l'annexe 1

Pourcentage de femmes vues en consultation prénatale qui ont fait un test de dépistage de la syphilis à leur première visite

La couverture du dépistage de la syphilis chez les femmes vues en consultation prénatale dès leur première visite est généralement obtenue à partir des données des programmes nationaux. Dans le rapport de 2011, les données provenant d'enquêtes sentinelles n'ont été incluses que lorsqu'elles étaient considérées représentatives du programme national. Les données sont présentées pour 61 pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données. Les données doivent être interprétées avec précaution, notamment du fait que le dénominateur déclaré ne représente pas toujours la majorité des femmes vues en consultation prénatale.

Pourcentage de femmes vues en consultation prénatale séropositives pour la syphilis

Les données sur la prévalence de la syphilis chez les femmes vues en consultation peuvent être rapportées à partir des données des programmes nationaux, de la surveillance sentinelle et d'études spécifiques. Aux fins de cet indicateur, la séropositivité se définit comme l'obtention soit d'un résultat positif aux tests tréponémiques ou aux tests non-tréponémiques. Les données sont présentées pour 75 pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données. Les données doivent être interprétées avec précaution dans la mesure où le type de test utilisé pour déterminer la séropositivité varie d'un pays à l'autre.

Séroprévalence de la syphilis active chez les professionnel(le)s du sexe

Les données sur la séroprévalence de la syphilis active chez les professionnel(le)s du sexe peuvent être obtenues à partir de la surveillance sentinelle et d'études spécifiques. En raison de la fréquence des infections antérieures par la syphilis, cet indicateur définit la syphilis active comme un résultat positif à la fois aux tests tréponémiques et aux tests non-tréponémiques. Les données sont présentées pour 40 pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données. Les données doivent être interprétées avec précaution dans la mesure où le type de test utilisé pour déterminer la séropositivité varie d'un pays à l'autre.

Séroprévalence de la syphilis active chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

Les données sur la séroprévalence de la syphilis active chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes peuvent être obtenues à partir de la surveillance sentinelle et d'études spécifiques. En raison de la fréquence des infections antérieures par la syphilis, cet indicateur définit la syphilis active comme un résultat positif à la fois aux tests tréponémiques et aux tests non-tréponémiques. Les données sont présentées pour 31 pays à revenu faible ou moyen ayant transmis des données. Les données doivent être interprétées avec précaution dans la mesure où le type de test utilisé pour déterminer la séropositivité varie d'un pays à l'autre.

Notes explicatives consacrées à l'annexe 2

L'annexe 2 présente des données par pays sur l'expansion des services de conseil et de dépistage du VIH en 2009 et en 2010 et donne pour chaque pays des données sur la disponibilité au niveau national des services de conseil et de dépistage du VIH pour l'adulte dans les établissements de santé de 118 (2009) et 116 (2010) pays à revenu faible ou moyen.

Elle présente aussi des données pour 110 pays à revenu faible ou moyen sur l'utilisation du conseil et du dépistage du VIH pour l'adulte.

Nombre d'établissements de santé disposant de services de conseil et de dépistage du VIH

Le nombre d'établissements de santé disposant de services de conseil et de dépistage du VIH est calculé à partir d'une synthèse de données compilées au niveau national ou sous-national, suivant ce qui a été transmis par les pays. Les données agrégées doivent inclure les établissements de santé offrant ces services dans des sites de conseil et de dépistage du VIH du secteur privé, dans ceux gérés par des organisations non gouvernementales et dans les sites de conseil et de dépistage volontaire ; cela n'a cependant pas été possible pour tous les pays. Au total, 119 pays ont transmis des données pour l'année 2010.

Nombre de personnes âgées de 15 ans et plus ayant reçu un conseil, effectué un dépistage du VIH et connaissant leur résultat

Le nombre d'adultes ayant reçu un conseil, effectué un test VIH et connaissant leur résultat est obtenu à partir des rapports systématiques établis par tous les points de prestation de services, c'est-à-dire les sites de conseil et de dépistage volontaire, les services de consultations, les hôpitaux, et les services de proximité dépendant d'organisations non gouvernementales. Les données sont compilées au niveau du district ou au niveau local, puis finalement au niveau national. Au total, 110 pays ont transmis des données pour l'année 2010. Ces chiffres ne sont pas corrigés pour tenir compte du nombre de personnes qui ont effectué plus d'une fois un test de dépistage au cours de la même année.

Notes explicatives consacrées à l'annexe 3

L'annexe 3 présente des données sur l'accès au conseil et au dépistage du VIH des populations clés particulièrement exposées au VIH.

Les annexes 3A1-3 rendent compte de la couverture des services de conseil et de dépistage respectivement chez les consommateurs de drogues par injection (26 pays), les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (41 pays) et les professionnel(le)s du sexe (52 pays). Les données déclarées par les pays proviennent d'enquêtes menées auprès de populations spécifiques entre 2008 et 2010. Les données portant sur des échantillons de population inférieurs à 100 personnes n'ont pas été incluses dans le rapport.

Les annexes 3B1-3 rendent compte de la couverture des services de conseil et de dépistage respectivement chez les consommateurs de drogues par injection (14 pays), les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (16 pays) et les professionnel(le)s du sexe (23 pays), dans les pays qui ont déclaré plus d'une enquête entre 2006 et 2010 pour les populations en question. Les résultats des données collectées entre 2006 et 2008 et des données collectées entre 2009 et 2010 sont présentés de manière séparée.

Les données doivent être interprétées avec précaution dans la mesure où elles peuvent avoir été produites sur la base d'enquêtes qui ne sont pas nécessairement représentatives sur le plan national. Certains résultats d'enquêtes peuvent surestimer la proportion de personnes accédant aux services.

Notes explicatives consacrées aux annexes 4 et 5

Les annexes 4 et 5 présentent des données par pays sur l'accès au traitement antirétroviral.

L'annexe 4 fournit pour chaque pays des données sur l'accès au traitement antirétroviral au niveau national et tous groupes d'âge confondus dans 149 pays à revenu faible ou moyen, 138 d'entre eux ayant transmis des données pour l'année 2010. Les données provenant du secteur privé ont été fournies en notes de bas de page.

En outre, le rapport présente les données disponibles les plus récentes pour les pays à revenu élevé.

Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral

Que ce soit pour les pays à revenu faible ou moyen ou pour les pays à revenu élevé, les données transmises sur les personnes recevant actuellement un traitement antirétroviral ont été obtenues à partir des rapports les plus récents des ministères de la santé ou d'autres sources fiables existant dans les pays, telles que des rapports fournis par des partenaires bilatéraux, des fondations et des organismes non gouvernementaux principaux prestataires de services de traitement. L'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF travaillent avec les pays pour obtenir le plus possible de données propres à chaque établissement de santé sur le nombre de personnes recevant un traitement.

Sur les 149 pays à revenu faible ou moyen, 133 ont fourni des données sur l'accès aux antirétroviraux en décembre 2010. Ces pays comptaient 91 % des personnes sous traitement à la fin de l'année 2010. Pour cinq pays, notamment la Thaïlande et l'Ouganda, les données étaient disponibles pour les mois de septembre ou de novembre 2010. Ensemble, ces 138 pays comptaient 99 % du nombre total de personnes recevant, selon les estimations, un traitement antirétroviral à la fin de l'année 2010 dans les pays à revenu faible ou moyen. Pour 2010, seuls 11 pays relativement petits n'ont pas fait de rapport.

L'estimation du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral suppose un certain niveau d'incertitude pour les pays qui ne disposent pas encore d'un système qui permette l'établissement régulier de rapports recueillant des données précises sur les personnes qui commencent un traitement pour la première fois, qui arrêtent le traitement, qui sont perdues de vue ou qui décèdent.

L'incertitude peut aussi être due à la difficulté à mesurer l'importance de la fourniture du traitement dans les établissements à but lucratif et à but non lucratif du secteur privé. Dans certains pays, des personnes reçoivent un traitement d'organisations non gouvernementales ou de services de consultation privés qui ne transmettent pas de données selon les voies officielles. Certaines sociétés privées disposent aussi de programmes aidant à fournir un traitement antirétroviral aux travailleurs à un stade avancé de l'infection à VIH, mais dans certains cas ne transmettent pas leurs données sur ces programmes aux autorités de santé publique.

Estimation du besoin en traitement et estimation de la couverture

Des méthodes classiques ont été utilisées pour estimer l'ampleur et l'évolution de l'épidémie, le nombre de personnes vivant avec le VIH, le nombre de nouvelles infections, la mortalité imputable au sida et le besoin en traitement (2,3). Le besoin en traitement est estimé en utilisant des méthodes de modélisation statistique appliquées à l'ensemble des personnes qui remplissent les critères pour commencer un traitement, que ces personnes connaissent ou non leur statut par rapport au VIH et leur admissibilité au traitement antirétroviral (encadré 5.9).

Les estimations de la couverture du traitement antirétroviral présentées dans l'annexe 4 ont été calculées en divisant le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral à la fin de l'année 2010 par l'estimation du nombre de personnes ayant besoin d'un traitement en 2010. Les fourchettes encadrant les estimations de la couverture sont basées sur les fourchettes d'incertitude encadrant les estimations des besoins (4). Certains pays ont élaboré leurs propres méthodes pour estimer le besoin en traitement, estimation qui peut être différente de celle obtenue en utilisant les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS. Dans ce rapport, des estimations normalisées du besoin en traitement, obtenues en suivant les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS, ont été utilisées pour analyser et comparer la couverture du traitement antirétroviral entre différents pays.

L'annexe 5 fournit des données sur l'accès au traitement antirétroviral ventilées selon le sexe et l'âge (adultes – 15 ans et plus ; enfants – moins de 15 ans) pour les pays à revenu faible ou moyen. Des données ventilées sur le nombre d'enfants et d'adultes recevant un traitement antirétroviral sont disponibles pour 136 pays. Globalement et pour l'année 2010, 128 pays ont fourni des données ventilées selon l'âge. Les données ventilées par sexe étaient disponibles pour 131 pays et 115 d'entre eux ont transmis des données pour 2010. L'annexe 5 rend également compte de l'estimation des besoins en matière de traitement et de la couverture du traitement antirétroviral pour les enfants âgés de moins de 15 ans, par pays et pour l'année 2010.

Les estimations des besoins en matière de traitement chez l'enfant, y compris les fourchettes d'incertitude, sont obtenues en utilisant les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS (encadré 7.16).

Selon les lignes directrices de l'OMS de 2010 (3), il est recommandé de commencer un traitement antirétroviral chez tout enfant vivant avec le VIH âgé de moins de 24 mois quel que soit le nombre de CD4.

Les estimations de la couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant présentées dans l'annexe 5 ont été calculées en divisant le nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral à la fin de l'année 2010 par l'estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement en 2010 (selon les méthodes de l'OMS et de l'ONUSIDA). Les fourchettes encadrant les estimations de la couverture sont basées sur les fourchettes d'incertitude encadrant les estimations des besoins (4).

Dans certains pays, les estimations des besoins sont actuellement en cours d'examen ; ces pays ont donc signalé qu'ils préféreraient que leurs estimations ne soient pas publiées (ou que seule une fourchette soit indiquée) ; leurs estimations ont cependant été utilisées pour calculer les estimations régionales des besoins et de la couverture.

Notes explicatives consacrées à l'annexe 6

Prévention de la transmission mère-enfant

L'annexe 6 fournit des données sur les indicateurs collectés en utilisant l'outil pour l'établissement de rapports annuels de l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA sur le suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida (1).

Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant

Le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant est calculé à partir des données agrégées des programmes nationaux et provenant des établissements de santé et des autres sites de prestation de services, suivant ce qui a été transmis par les pays.

Au total, 136 pays ont transmis des données pour l'année 2010. L'ensemble de ces pays comptait pratiquement (99,7 %) l'intégralité des 1,49 million de femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou moyen. Parmi ces pays, 101 pays, représentant 98 % des femmes enceintes dans les pays à revenu faible ou moyen qui déclaraient recevoir des antirétroviraux quels qu'ils soient, ont fourni des données ventilées par schémas d'antirétroviraux pour 2010. Le nombre déclaré de femmes enceintes ne prend en compte que les schémas d'antirétroviraux les plus efficaces, conformément aux recommandations de l'OMS (traitement antirétroviral et

schémas associant plusieurs antirétroviraux), hors névirapine en dose unique (encadré 7.11). Tous les pays n'étant pas en mesure de fournir des données complètes ventilées par schémas d'antirétroviraux, la distribution des schémas a été appliquée le cas échéant à la catégorie des schémas d'antirétroviraux non spécifiés du pays pour estimer le nombre de femmes enceintes recevant les schémas les plus efficaces (hors névirapine en dose unique).

Estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant

Les estimations du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant sont calculées en utilisant une modélisation statistique normalisée selon les méthodes de l'ONUSIDA et de l'OMS prenant en considération différents paramètres de l'épidémie et différents paramètres démographiques ainsi que la couverture du programme national de traitement antirétroviral dans le pays, comme la prévalence de l'infection à VIH chez la femme en âge de procréer, l'effet de l'infection à VIH sur la fertilité et la couverture du traitement antirétroviral (2). Ces procédures de modélisation statistique sont utilisées pour calculer une estimation exhaustive au niveau de la population du nombre total de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant dans le pays. Ces outils ont fait l'objet de mises à jour scientifiques régulières (5).

Comme pour les estimations du besoin de traitement antirétroviral présentées dans l'annexe 4, l'annexe 6 fournit des fourchettes d'incertitude encadrant les estimations de la population ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et, en fonction de ces chiffres, la couverture des femmes enceintes vivant avec le VIH par des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant. Dans certains pays, les estimations des besoins sont en cours d'examen ; ces pays ont donc signalé qu'ils préféreraient que leurs estimations ne soient pas publiées (ou que seule une fourchette soit indiquée) ; leurs estimations ont cependant été utilisées pour calculer les estimations régionales des besoins et de la couverture.

Couverture des femmes enceintes vivant avec le VIH par des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant

La couverture des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH est calculée en divisant le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu les schémas d'antirétroviraux les plus efficaces (hors névirapine en dose unique) pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en 2010 par l'estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans le pays.

Les fourchettes encadrant les niveaux de couverture sont basées sur les fourchettes d'incertitude encadrant les estimations des besoins. Les chiffres et les fourchettes d'estimation sont fournis pour les pays où l'épidémie est généralisée ; seules les fourchettes sont fournies pour les pays où l'épidémie est concentrée.

L'annexe 6 présente aussi des données sur les indicateurs suivants :

- le nombre et le pourcentage de femmes enceintes ayant fait un test de dépistage du VIH ;
- le nombre et le pourcentage de nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant ;
- le nombre et le pourcentage de nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, qui ont reçu une prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance ; et
- le nombre et le pourcentage de nourrissons, nés de femmes vivant avec le VIH, chez qui un test virologique a été réalisé au plus tard à l'âge de deux mois.

Notes explicatives concernant l'annexe 7

L'annexe 7 présente les données sur les indicateurs clés pour les 22 pays prioritaires du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie (6). Ces indicateurs correspondent à ceux identifiés dans le cadre pour le suivi du Plan mondial.

Parmi ces indicateurs, ceux qui suivent sont modélisés en utilisant le logiciel Spectrum de l'ONUSIDA et de l'OMS (encadré 2.4) :

- Nombre de femmes vivant avec le VIH qui accouchent (en 2009 et 2010) ;
- Nombre de nouvelles infections par le VIH chez l'enfant (en 2009 et 2010) ;
- Incidence de l'infection à VIH chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (en 2009 et 2010) ; et
- Taux de transmission mère-enfant (en 2009 et 2010).

D'autres sont des indicateurs de couverture qui utilisent les données transmises par les pays pour le numérateur et l'estimation des besoins générée par le logiciel Spectrum pour le dénominateur :

- Couverture maternelle en antirétroviraux (prophylaxie et traitement) hors névirapine en dose unique, en 2010 ;
- Couverture du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes, en 2009/2010 ; et
- Couverture du traitement antirétroviral chez l'enfant, en 2009/2010.

Trois autres dénominateurs sont collectés à partir d'autres sources :

- Décès maternels liés à l'infection à VIH (2008) (7) ;
- Pourcentage de décès dus au VIH chez les enfants de moins de cinq ans (2008) à partir de *Statistiques sanitaires mondiales 2011* (8) ; et
- Besoins non satisfaits en matière de planification familiale à partir de *Statistiques sanitaires mondiales 2011* (8).

Les données ne sont pas encore disponibles concernant le dernier indicateur, à savoir la couverture antirétrovirale pendant l'allaitement au sein. L'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA apporteront leur appui aux pays pour collecter ces informations.

Notes explicatives consacrées à l'annexe 10

Classement par revenu

Sauf mention contraire, toutes les analyses de données contenues dans ce rapport sont basées sur les données des 149 pays classés comme pays à revenu faible ou moyen par la Banque mondiale en juillet 2007 (9).

Les économies sont classées comme revenu faible, moyen ou élevé selon le revenu national brut par habitant, calculé en utilisant la méthode de l'Atlas de la Banque mondiale (pour réduire l'effet des fluctuations des taux de change). Les groupes sont : revenu faible, \$US 905 ou moins ; revenu moyen de la tranche inférieure, \$US 906 à \$US 3595 ; revenu moyen de la tranche supérieure, \$US 3596 à \$US 11 115 ; et revenu élevé, \$US 11 116 ou plus.

Classement par niveau d'épidémie de VIH

Les épidémies de VIH sont classées comme étant peu étendues, concentrées ou généralisées, en fonction des principes présentés ci-dessous et des indications indirectes apportées par certains chiffres.

Épidémies peu étendues

Principe. Bien que l'infection à VIH ait pu exister depuis de nombreuses années, sa propagation n'a jamais atteint un niveau substantiel dans aucun sous-groupe de la population. Les infections enregistrées se limitent pour la majorité des cas à des personnes ayant des comportements à risque : professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues par injection, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Cette situation épidémique suggère que les réseaux de risque sont assez diffus (avec de faibles niveaux d'échange de partenaires ou de partage de matériel d'injection) ou que le virus n'a été introduit que très récemment.

Épidémies concentrées

Principe. Le VIH s'est propagé rapidement dans un sous-groupe particulier de la population, mais il ne s'est pas implanté solidement dans la population générale. Ce niveau épidémique tend à indiquer l'existence d'un réseau actif de comportements à risque dans le sous-groupe concerné. L'évolution de l'épidémie est déterminée par la fréquence et la nature des liens entre les sous-groupes de population très infectés et la population générale.

Épidémies généralisées

Principe. Dans les épidémies généralisées, l'infection à VIH est solidement implantée dans la population générale. Bien que les populations particulièrement exposées puissent continuer à contribuer de manière disproportionnée à la transmission du virus, les réseaux sexuels dans l'ensemble de la population générale sont suffisants pour maintenir l'épidémie, indépendamment des populations particulièrement exposées au VIH ou particulièrement à risque de transmettre cette infection.

Classement par région géographique

Ce rapport présente des données sur 149 pays à revenu faible ou moyen et par région géographique.¹ Les régions géographiques reprennent la répartition utilisée par l'ONUSIDA à une exception près : la Somalie est classée comme appartenant à l'Afrique subsaharienne dans les régions géographiques tandis que l'ONUSIDA inclut ce pays dans la région Afrique du Nord et Moyen-Orient.² L'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est réunit deux régions de l'ONUSIDA, tout comme l'Amérique latine et les Caraïbes ainsi que l'Europe orientale et l'Asie centrale. Les 149 pays sont donc classés comme suit : Afrique subsaharienne (n = 46) ; Amérique latine et Caraïbes (n = 29) ; Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est (n = 20) ; Europe et Asie centrale (n = 26) ; et Afrique du Nord et Moyen-Orient (n = 14). En Océanie (n = 14), seules les Fidji et la Papouasie-Nouvelle-Guinée ont transmis des données. Aux fins du présent rapport, les valeurs pour l'Océanie sont incluses dans la Région de l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est.

Pour la période ayant fait l'objet de la collecte des données, l'OMS comptait 193 États Membres groupés en six régions, et 149 de ces États Membres étaient des pays à revenu faible ou moyen : Région africaine de l'OMS (n = 46) ; Région OMS des Amériques (n = 29) ; Région OMS de la Méditerranée orientale (n = 16) ; Région européenne de l'OMS (n = 26) ; Région OMS de l'Asie du Sud-Est (n = 11) ; et Région OMS du Pacifique occidental (n = 21). La liste des 44 pays restants à revenu élevé se trouve dans la deuxième partie de l'annexe 4.

L'UNICEF regroupe les 149 pays à revenu faible ou moyen dans sept régions : Afrique de l'Est et Afrique australe (n = 22) ; Afrique de l'Ouest et Afrique centrale (n = 24) ; Asie orientale et Pacifique (n = 26) ; Amérique latine et Caraïbes (n = 29) ; Asie du Sud (n = 8) ; Moyen-Orient et Afrique du Nord (n = 14) ; et Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants (n = 21). Cinq pays à revenu moyen sont classés comme industrialisés.

1 Suite à l'indépendance du Soudan du Sud le 9 juillet 2011, les États Membres des Nations Unies et de l'OMS sont aujourd'hui au nombre de 194, dont 150 pays à revenu faible ou moyen. Les données collectées pour le présent rapport concernent la période antérieure à l'accession du Soudan du Sud à l'indépendance.

2 L'ONUSIDA regroupe dans la riposte au sida les efforts et les ressources de dix organismes du système des Nations Unies. Les dix organismes coparrainants de l'ONUSIDA sont :

- le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR)
- le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
- le Programme alimentaire mondial (PAM)
- le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)
- le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)
- l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC)
- l'Organisation internationale du Travail (OIT)
- l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)
- l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- la Banque mondiale.

Références

1. OMS, UNICEF et ONUSIDA. *A guide on indicators for monitoring and reporting on the health sector response to HIV/AIDS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/me/ua_indicator_guide/en/index.html, consulté en ligne le 6 mars 2012).
2. ONUSIDA. *Methods and assumptions for estimates*. Genève, ONUSIDA, 2009 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/dataanalysis/Epi_MethodsAssumptionsEstimates_en.pdf, consulté en ligne le 6 mars 2012).
3. OMS. *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant : vers un accès universel : recommandations pour une approche de santé publique - Mise à jour 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242599800_fre.pdf, consulté en ligne le 6 mars 2012).
4. Morgan M et al. Improved plausibility bounds about the 2005 HIV and AIDS estimates. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(Suppl. III):iii71-iii77.
5. Stover J et al. The Spectrum projection package: improvements in estimating mortality, ART needs, PMTCT impact and uncertainty bounds. *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84 (Suppl I):i24-i30.
6. ONUSIDA. *Compte à rebours jusqu'à zéro. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*. Genève, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_fr.pdf, consulté en ligne le 6 mars 2012).
7. OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale. *Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 : estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242500264_fre.pdf, consulté en ligne le 6 mars 2012).
8. OMS. *Statistiques sanitaires mondiales 2011*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS2011_Full.pdf, consulté en ligne le 6 mars 2012).
9. Banque mondiale. Classification des pays [site web]. Washington, D.C., Banque mondiale, 2011 (<http://donnees.banquemondiale.org/a-propos/classification-pays>, consulté en ligne le 6 mars 2012).



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



ISBN 978 92 4 250298 5



9 789242 502985