

FAQ : CETTE SECTION EST DESTINÉE AUX MÉDIAS ET AU PUBLIC

VERS UN ACCÈS UNIVERSEL

Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé

JUIN 2008 RAPPORT DE SITUATION



Q. Quel est l'objet de ce rapport ?

R. Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé est le deuxième d'une série de rapports annuels de situation préparés par l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF afin de surveiller la riposte du secteur de la santé au VIH/sida. Il est fondé sur le rapport de 2007 relatif à la riposte du secteur de la santé en vue de l'accès universel, ainsi que sur de précédents rapports de situation de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » sur l'extension du traitement antirétroviral.

Le rapport recense les progrès du secteur de la santé dans l'accélération des interventions prioritaires de prévention, de traitement et de soins du VIH en vue de l'accès universel, notamment :

- le traitement et les soins, dont le traitement antirétroviral, la prise en charge de la coinfection VIH/tuberculose et d'autres comorbidités ;
- le conseil et le dépistage du VIH ;
- la prévention, y compris la prévention de la transmission mère-enfant, la prévention dans les établissements de santé, et la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et par la consommation de drogues injectables ;
- les questions liées aux systèmes de santé, dont l'achat des médicaments et la gestion des approvisionnements, les ressources humaines et l'information sanitaire.

Ce rapport contient également une section spéciale sur l'accélération des interventions en faveur des femmes et des enfants.

Q. Quels ont été les progrès dans l'accès à la prévention, au traitement et aux soins du VIH depuis fin 2006 ?

R. Le rapport montre que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'accès au traitement antirétroviral, au conseil et dépistage, et aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH s'est accru sensiblement en 2007, notamment grâce à un engagement national plus ferme, à la hausse des engagements financiers, et aux conseils et soutien techniques apportés par des initiatives multilatérales, bilatérales et du secteur privé. En particulier :

- Fin 2007, près de 3 millions de personnes vivant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire suivaient un traitement antirétroviral contre le VIH.
- Les progrès pour donner accès aux médicaments antirétroviraux s'accélérent, et près d'un million de personnes supplémentaires étaient traitées par antirétroviraux à la fin de 2007 par rapport à la fin de 2006. Les années précédentes, les augmentations annuelles correspondantes étaient d'environ 700 000.
- De 2005 à 2007, le nombre de sites de traitement antirétroviral a plus que doublé (10 000 contre 4000).
- Entre 2006 et 2007, le prix de la plupart des médicaments antirétroviraux de première intention a reculé de 10% à 40%.



- La disponibilité du conseil et dépistage du VIH, un point d'entrée capital pour le traitement et la prévention, a substantiellement augmenté entre 2006 et 2007 dans 12 pays ayant transmis des données comparables, et ce progrès est allé de pair avec une utilisation accrue des services.
- En 2007, près de 33% des femmes enceintes séropositives ont reçu des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH pendant l'accouchement, contre 10% en 2004. Cette même année, on estime que 18% des femmes enceintes ont subi un test de dépistage du VIH, alors qu'elles étaient 10% en 2004.

Q. Quelles sont les principales conclusions du rapport concernant l'accès des femmes et des enfants ?

R. L'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien est particulièrement important pour les femmes et les jeunes filles, compte tenu de leur vulnérabilité accrue à l'infection par le VIH et des conséquences du virus sur leur vie. Les femmes représentent environ la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde et plus de 60% des porteurs du virus en Afrique subsaharienne. Le rapport montre que, dans l'ensemble, les femmes bénéficient d'un accès aux médicaments antirétroviraux qui est supérieur ou égal à celui des hommes. Néanmoins, à peine 12% des femmes enceintes séropositives ont été examinées pour déterminer si elles avaient besoin de médicaments antirétroviraux pour protéger leur propre santé, même s'il est probable que beaucoup plus de femmes enceintes séropositives présentent la maladie à un stade avancé.

On estime que 2,1 millions d'enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH. Un nombre croissant d'enfants bénéficient du traitement antirétroviral pédiatrique grâce à la baisse du prix des médicaments, aux nouvelles combinaisons à doses fixes et à l'amélioration de l'intégration du traitement pédiatrique dans les services de santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant. Le nombre d'enfants sous traitement est passé d'environ 75 000 en 2005 à près de 200 000 en 2007, soit une hausse de plus de 150%.

L'un des principaux obstacles à l'élargissement de la couverture du traitement pédiatrique est que seulement 8% des nourrissons nés de mères séropositives en 2007 dans les pays où des données étaient disponibles ont été testés dans les deux mois suivant leur naissance.

Q. Dans quelle mesure ces progrès rapprochent-ils les pays de l'objectif d'un accès universel au traitement ?

R. Fin 2007, 21 pays à revenu faible ou intermédiaire dispensaient un traitement à plus de 50% des personnes qui en auraient eu besoin ; neuf d'entre eux avaient atteint une couverture d'au moins 75% (Bhoutan, Botswana, Brésil, Chili, Costa Rica, Cuba, Géorgie, Namibie, République démocratique populaire lao). Pourtant, la plupart demeurent loin de l'objectif, en dépit de nettes améliorations dans beaucoup de domaines. Fin 2007, près d'un million de patients supplémentaires suivaient un traitement antirétroviral par rapport à 2006. Toutefois, cette même année, 2,5 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH.

Q. Quels obstacles le rapport identifie-t-il à la réalisation de l'objectif d'un accès universel ?

R. Les obstacles à une accélération rapide et efficace identifiés dans le rapport incluent la faiblesse des systèmes de santé, notamment une grave pénurie de ressources humaines ; le manque de financement fiable, durable et à long terme pour l'extension de la prévention et du traitement ; et l'insuffisance des systèmes d'information. Le rapport demande des ressources accrues, un engagement politique plus ferme, une amélioration de la coordination des parties prenantes et davantage de recherches pour relever ces défis.

Au nombre des obstacles liés aux programmes on compte également la faible connaissance du statut sérologique ; le lancement tardif du traitement antirétroviral et les taux médiocres de rétention des patients dans les programmes de traitement ; la couverture insuffisante des services de proximité à l'intention des populations à risque et des habitants des zones rurales ; le coût onéreux des schémas thérapeutiques de deuxième intention ; le manque de capacité de diagnostic chez les nourrissons ; et la mauvaise liaison avec d'autres services, notamment les programmes de lutte contre la tuberculose et de santé maternelle et infantile.



- Q. Quelles ressources ont été allouées à ces activités et quelles ressources seront nécessaires à l'avenir ?**
- R.** Fin 2007, on estime que la riposte au VIH disposait de \$US 10 milliards, soit près de 40 fois l'enveloppe en 1996. Pour atteindre l'objectif d'un accès universel d'ici à 2010, les ressources disponibles pour la lutte contre le VIH doivent passer à près de \$US 35 milliards d'ici à cette date et à \$US 41 milliards pour 2015.

Q. Que dit le rapport sur l'efficacité du traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ?

- R.** D'après le rapport, les améliorations de l'état de santé des patients et des taux d'observance du traitement antirétroviral sont comparables dans les pays à revenu faible, intermédiaire ou élevé. Néanmoins, le rapport montre également que certains avantages du traitement antirétroviral sont perdus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en raison du retard du diagnostic du VIH et du démarrage différé du traitement avec pour conséquence une mortalité élevée dans les 6 premiers mois du traitement. Il est capital d'améliorer le diagnostic ponctuel de l'infection à VIH et de commencer le traitement en temps voulu. Une attention accrue est également nécessaire pour garantir un suivi régulier et à long terme.

De plus, beaucoup de patients vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire éprouvent des difficultés à suivre un traitement de longue durée en raison de facteurs aussi bien structurels (tels que les contributions financières demandées aux patients, la distance à parcourir jusqu'aux centres de santé, la stigmatisation) qu'individuels (effets secondaires des traitements et comorbidités).

Q. Qu'entend-on par « accès universel » ?

- R.** L'OMS et l'ONUSIDA estiment que 9,7 millions de personnes ont actuellement besoin d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

En juin 2006, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution demandant d'élargir l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et aux services d'appui en matière de VIH dans le but de se rapprocher le plus possible d'un accès universel au traitement d'ici à 2010. Pour la plupart des interventions, aucune cible mondiale n'a été définie. En ce qui concerne le traitement antirétroviral, l'objectif de 80% est parfois proposé, mais même dans les nations industrialisées, il est rarement atteint.

Définir l'accès universel est une tâche complexe car les besoins évoluent constamment en raison des tendances de l'épidémie, des nouvelles données sur la survie avec ou sans traitement antirétroviral et des recommandations actualisées sur le début des traitements. L'OMS et l'ONUSIDA estiment à 9,7 (8,7-11,0) millions le nombre de personnes qui ont actuellement besoin d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

D'après le rapport, l'extension des services doit inclure des activités pour veiller à :

- la disponibilité des services, ce qui signifie que les services sont physiquement accessibles, abordables et acceptables pour les personnes qui en ont besoin ;
- la couverture des services, ou la proportion d'une population qui a besoin d'une intervention et qui la reçoit, sachant que la couverture est influencée par l'offre et par la demande de services ;
- le résultat et l'impact des services, notamment le changement de comportement, la réduction des taux d'infection et l'amélioration de la survie des patients.

Q. L'objectif d'un accès universel est-il réalisable ?

- R.** Un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et aux services d'appui du VIH n'est pas seulement réalisable, c'est un impératif de santé publique et des droits de l'homme, qui a été adopté par les États Membres de l'Organisation des Nations Unies et les donateurs internationaux. De nombreux pays atteindront des objectifs spécifiques de l'accès universel, par exemple la prévention de la transmission mère-enfant ou le traitement antirétroviral, d'ici à 2010, alors que d'autres les réaliseront en 2011, 2012 ou les années suivantes.

La priorité de l'OMS, de l'ONUSIDA et d'autres organismes est de veiller à ce que tous les États atteignent l'objectif aussitôt que possible.

Q. Comment l'OMS aide-t-elle les pays à atteindre l'objectif d'un accès universel ?

R. Parmi les organisations coparrainantes de l'ONUSIDA, l'OMS est chargée de diriger la riposte du secteur de la santé. Elle collabore avec les pays pour définir les normes de la prévention, du traitement et des soins du VIH, pour développer les systèmes de prestation des services, et pour surveiller et documenter les progrès et les obstacles à la réalisation de l'accès universel aux services relatifs au VIH.

Q. Quelles sont les sources des données du rapport ?

R. Ce rapport présente des données relatives à la riposte du secteur de la santé au VIH/sida dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ainsi que des chiffres sur la couverture du traitement antirétroviral dans les pays à revenu élevé. Il dispose de plusieurs sources d'information :

- Le cadre mis au point par l'OMS pour surveiller les progrès du secteur de la santé vers l'accès universel. Ce cadre comprend 39 indicateurs destinés à mesurer la disponibilité, la couverture et les résultats d'interventions prioritaires en matière de VIH réalisées par le secteur de la santé. Il est aussi utilisé pour surveiller certaines composantes essentielles du système de santé qui doivent soutenir l'élargissement, notamment la gestion des achats et des approvisionnements en médicaments et les ressources humaines.
- Le questionnaire sur la prévention de la transmission mère-enfant et les soins pédiatriques du VIH, développé conjointement par l'UNICEF et l'OMS au nom de l'Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants. Le questionnaire comprend un ensemble d'indicateurs pour surveiller les progrès des programmes nationaux destinés à prévenir et traiter l'infection à VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants.
- Des questionnaires demandent chaque année aux gouvernements nationaux de fournir des données quantitatives et qualitatives sur les interventions en matière de VIH, des informations sur les politiques et les programmes nationaux, ainsi que sur les obstacles à la mise en œuvre des activités. L'ONUSIDA, l'UNICEF, l'OMS et d'autres partenaires travaillent avec les gouvernements nationaux pour inclure ces indicateurs dans les systèmes nationaux de suivi.
- Les données recueillies au moyen des mécanismes de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS sont complétées par des informations provenant d'autres enquêtes (par exemple sur les prix et l'utilisation des médicaments, la surveillance de la pharmacorésistance), des données détaillées provenant d'enquêtes en population sur la démographie et la santé, des études spéciales et des publications grises. Le rapport présente en outre des données issues des publications scientifiques récentes.
- Ces données brossent le tableau le plus exact possible d'un effort multinational complexe et en rapide développement pour étendre l'accès à une panoplie de services de santé liés au VIH, en utilisant les meilleures informations et méthodologies statistiques dont on dispose.

Q. Comment les données sont-elles validées ?

R. Les ministères de la santé travaillent avec les bureaux de pays de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres partenaires d'exécution pour réviser et valider ces données. Les chiffres au niveau mondial sont contrôlés, vérifiés et conciliés avec les informations recueillies par d'autres partenaires internationaux, notamment les organisations bilatérales et multilatérales qui se sont engagées à transmettre ces indicateurs, comme 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 pour l'aide à la lutte contre le sida. Des fourchettes sont indiquées pour tenir compte de l'incertitude possible des estimations données.

Q. Les données peuvent-elles être comparées à celles de rapports précédents ?

R. Les données présentées dans ce rapport sur les besoins et la couverture du traitement antirétroviral et la prévention de la transmission mère-enfant ne peuvent pas être comparées directement aux données publiées



dans des rapports précédents, en raison de nouveaux paramètres dans la méthodologie pour estimer les besoins pour ces interventions. Pour de plus amples détails sur l'estimation des besoins et de la couverture, prière de consulter les sections 2 et 5 du rapport.

Q. Le traitement du VIH a-t-il des effets démontrables sur la mortalité ?

R. Le point sur l'épidémie de sida publié par l'ONUSIDA et l'OMS indique une diminution du nombre de décès dans le monde de 2005 à 2007. Les chercheurs attribuent ce recul à la disponibilité croissante de traitements antirétroviraux. La recherche et les récentes études spéciales ont aussi montré une réduction de la mortalité dans des populations ou cohortes spécifiques.

Q. Que fait-on pour réduire le nombre de patients qui meurent pendant les premiers mois suivant le début du traitement ou ceux dont on perd la trace ?

R. L'OMS et ses partenaires travaillent pour mettre au point et établir de meilleurs systèmes de suivi des patients. Le diagnostic rapide et l'orientation des malades vers un traitement sont essentiels pour diminuer les taux de mortalité et maximiser l'impact du traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Le diagnostic rapide est tributaire d'un élargissement régulier de l'accès au conseil et au dépistage du VIH. Si la disponibilité et l'utilisation du conseil et dépistage du VIH ont augmenté substantiellement entre 2006 et 2007 dans 12 pays qui ont transmis des données comparables, de récentes enquêtes en population montre qu'à peine 20% des personnes vivant avec le VIH sont informées de leur statut sérologique. Le diagnostic du VIH à un stade avancé de la maladie réduit grandement l'efficacité du traitement antirétroviral.

En outre, les systèmes de santé doivent être renforcés pour accroître la disponibilité et l'acceptabilité du traitement antirétroviral et augmenter le nombre de patients qui commencent et continuent le traitement. Les systèmes de suivi des patients doivent aussi être perfectionnés afin d'améliorer l'identification et la recherche des patients qui ont cessé de suivre le traitement.

Q. Qu'entend-on par « approche de santé publique » de l'élargissement du traitement ?

R. L'approche de santé publique est une stratégie de l'OMS qui s'efforce d'élargir nettement l'accès aux antirétroviraux en se fondant sur les principes de la simplification, la normalisation, la décentralisation, l'équité et la participation des patients et de la communauté. L'approche utilise des schémas normalisés et des formulaires simplifiés, ainsi que des décisions cliniques simplifiées et un suivi standardisé du traitement. Cette approche a pour but de fournir des soins de la meilleure qualité possible au plus grand nombre de personnes, compte tenu des limitations des ressources financières et humaines que connaissent les systèmes de santé du monde en développement.

Q. Faut-il accorder une priorité accrue à la réalisation d'un accès universel à la prévention ?

R. La prévention et le traitement du VIH doivent être renforcés ensemble. Exactement comme il faut faire des progrès considérables pour donner accès au traitement et aux soins, l'accès à des services efficace de prévention du VIH doit aussi être nettement élargi pour atteindre l'objectif de l'accès universel. Le nombre de nouvelles infections par le VIH (estimé à 2,5 millions en 2007) doit diminuer nettement avant que nous puissions effectivement contenir l'épidémie et traiter tous ceux qui doivent l'être. Sans une prévention plus efficace, il deviendra toujours plus difficile d'assurer un traitement à tous les patients qui en ont besoin.

Q. Que fait l'OMS pour aider à garantir la qualité des schémas de traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ?

R. Le programme de préqualification de l'OMS évalue et inspecte des médicaments prioritaires, et il aide à instaurer et renforcer la capacité nationale de fabrication et de suivi de médicaments de qualité. En 2007, l'OMS a préqualifié 13 nouvelles formulations antirétrovirales. L'OMS a également réalisé des enquêtes sur l'assurance de qualité de médicaments antirétroviraux pour veiller à ce que les patients dans les pays à revenu faible ou intermédiaire reçoivent des médicaments de qualité.



Q. Pourquoi l'intégration du VIH dans les programmes de prise en charge de la tuberculose est-elle si importante ?

R. La tuberculose demeure l'une des principales causes de morbidité et de mortalité liées au VIH. L'apparition de formes multirésistantes et ultrarésistantes de tuberculose pose une grave menace de santé publique, particulièrement dans les pays à prévalence élevée du VIH.

Q. A-t-on progressé dans la lutte contre le VIH et la tuberculose ?

R. Beaucoup des 63 pays prioritaires pour la lutte contre le VIH et la tuberculose, ayant fait l'objet d'une enquête de l'OMS entre 2000 et 2006 ont accompli des progrès remarquables dans chacun de ces domaines. Certains pays africains à forte charge de VIH et tuberculose, ainsi que certains pays d'Asie, ont fait état d'augmentations remarquables du conseil et dépistage des malades de la tuberculose.

En 2006, la prophylaxie au cotrimoxazole a été administrée à 78% des patients tuberculeux séropositifs au VIH (147 000) identifiés par le dépistage, 2,5 fois plus que le taux d'accès à cette intervention en 2005. Dans le monde, près de 67 000 patients tuberculeux séropositifs ont entamé un traitement antirétroviral en 2006, plus de deux fois le nombre des patients traités en 2005. Dans l'ensemble, 41% des patients tuberculeux diagnostiqués séropositifs ont commencé un traitement antirétroviral.

Néanmoins, la couverture du conseil et dépistage du VIH pour les personnes vivant avec la tuberculose reste insuffisante. À peine 12% des cas notifiés de tuberculose dans le monde et 22% des cas de tuberculose notifiés dans la région africaine ont bénéficié de services de conseil et dépistage en 2006. Les très grands nombres de personnes qui ne sont toujours pas testées sont des occasions manquées de prodiguer des mesures de prévention, de soins et de traitement.

Q. Que fait l'OMS pour traiter les personnes qui sont infectées à la fois par le VIH et la tuberculose ?

R. L'OMS travaille étroitement avec les programmes nationaux de lutte contre le VIH et la tuberculose afin de promouvoir de meilleures ripostes à ces doubles épidémies grâce à une collaboration accrue entre les programmes de prise en charge du VIH et de la tuberculose ; l'introduction du traitement préventif à l'isoniazide ; une meilleure lutte contre l'infection par la tuberculose ; et des services élargis de conseil et de dépistage, de prévention, de soins, de soutien et de traitement pour les personnes qui vivent avec la tuberculose. Fin 2008, l'OMS publiera également de nouvelles directives pour assurer des services complets de prévention, de traitement et de soins de la tuberculose et du VIH pour les consommateurs de drogues.

L'OMS continue de préconiser et de soutenir des interventions mondiales élargies de lutte et de traitement du VIH et de la tuberculose, et elle exhorte à redoubler d'efforts au niveau national pour traiter des questions telles que le dépistage des partenaires, la planification familiale, le conseil des couples sérodiscordants et la recherche de cas de tuberculose et de VIH chez les membres de la famille des malades.

Q. Quelles ressources sont nécessaires pour améliorer la lutte contre la tuberculose ?

R. On estime que \$US 4,8 milliards sont nécessaires pour la lutte globale contre la tuberculose dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2008, sachant qu'il faut \$US 1 milliard rien que pour la tuberculose multirésistante et la tuberculose ultrarésistante.