

**WORLD HEALTH ORGANIZATION**  
Regional Office for the Eastern Mediterranean  
**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**  
Bureau régional de la Méditerranée orientale



مُنظَّمَةُ الصَّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ  
المكتب الإقليمي شرق المتوسط

**Comité régional de la  
Méditerranée orientale**

EM/RC54/INF.DOC.1  
Septembre 2007

**Cinquante-quatrième session**

Original: arabe

**Point 4 a) de l'ordre du jour**

## **Rapport de situation**

### **Le VIH/sida**



## Table des matières

1.	Introduction : de la cible « 3 millions d'ici 2005 » à l'accès universel.....	1
2.	Charge de l'épidémie de VIH/sida dans la Région .....	1
2.1	Morbidité et mortalité dues au VIH/sida .....	1
2.2	Facteurs de risque et de vulnérabilité dans la Région .....	3
3.	Progrès dans le renforcement de la riposte du secteur public à l'épidémie de VIH/sida.....	4
3.1	Planification stratégique, suivi et évaluation.....	4
3.2	Élargir l'accès au traitement et aux soins du VIH/sida .....	4
3.3	Conseil et dépistage du VIH.....	5
3.4	Prévention de la transmission mère-enfant.....	6
3.5	Interventions ciblant les populations les plus exposées.....	6
3.6	Renforcer la surveillance et la recherche opérationnelle .....	7
3.7	Lutte contre d'autres infections sexuellement transmissibles.....	7
3.8	Mobilisation des ressources.....	8
4.	Futurs enjeux et plans .....	8



## 1. Introduction : de la cible « 3 millions d'ici 2005 » à l'accès universel

En 2005, suite à l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 », qui a permis de mobiliser de nombreux partenaires au niveau international pour améliorer le traitement antirétroviral et intensifier les efforts de prévention du VIH, les dirigeants des pays du G8 et d'autres États Membres des Nations Unies se sont engagés à collaborer avec l'OMS et l'ONUSIDA pour élaborer et mettre en œuvre des mesures de prévention du VIH, de traitement et de soins visant à s'approcher le plus possible de l'accès universel au traitement d'ici 2010.

Dans la Région de la Méditerranée orientale, l'OMS et les États Membres considéraient l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » comme un impératif éthique et une étape essentielle vers la réalisation de l'objectif d'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins du VIH et au soutien des patients. L'objectif de traiter 3 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici 2005 n'a pas été atteint, toutefois l'initiative a suscité un élan irréversible et a mobilisé de nombreux partenaires dans le monde pour étendre l'accès au traitement. Elle a démontré qu'il était possible d'offrir un traitement même lorsque les ressources sont limitées, comme dans la Région de la Méditerranée orientale. Toutefois, elle a également soulevé des questions sur la durabilité du traitement et son élargissement à un nombre croissant de personnes en ayant besoin. Ces problèmes peuvent être résolus uniquement en renforçant l'engagement national et international ainsi que les efforts pour prévenir de nouvelles infections par le VIH, en mettant l'accent sur les personnes les plus exposées au risque.

En 2006, l'OMS a formulé un programme mondial pour la contribution du secteur de la santé à la réalisation de l'objectif d'accès universel, reposant sur la fourniture d'un ensemble essentiel de services de santé et d'interventions pour la prévention, les soins, le traitement et le soutien en matière de VIH/sida, tout en contribuant à un renforcement plus large des systèmes de santé. Dans la Région de la Méditerranée orientale, l'ensemble essentiel a été défini par la stratégie régionale pour renforcer la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, adoptée en 2005 par les ministres de la Santé lors de la cinquante-deuxième session du Comité régional de la Méditerranée orientale.

En 2006, les pays ont fait le point sur leurs efforts nationaux pour limiter l'épidémie de VIH et son impact au cours de deux consultations sous-régionales et ont recensé d'importants obstacles à l'accès universel commun à tous les pays ou à des groupes de pays. Parmi ces obstacles on trouve la crainte et la stigmatisation persistantes associées au VIH, les systèmes de santé surchargés, l'inefficacité dans l'utilisation des fonds supplémentaires disponibles pour les programmes de lutte contre le VIH et le coût élevé du traitement contre le VIH, en particulier le traitement antirétroviral de deuxième intention.

## 2. Charge de l'épidémie de VIH/sida dans la Région

### 2.1 Morbidité et mortalité dues au VIH/sida

Fin 2005, le nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH dans la Région de la Méditerranée orientale atteignait 620 000 et on estimait à 100 000 les nouvelles infections à VIH en 2006<sup>1</sup>. Malgré les efforts pour renforcer l'accès au traitement antirétroviral dans la Région, on estime que 47 000 adultes et enfants sont décédés de l'infection à VIH. Compte tenu de la médiocrité des systèmes de surveillance dans la plupart des pays de la Région, les marges de ces estimations restent larges.

Fin 2006, les pays indiquaient un nombre cumulatif de 1134 cas de sida. Plus de la moitié (55,6 %) des cas de sida signalés dans la Région à ce jour concernent des adultes âgés entre 25 et 39 ans ; 8,1 % concernent des jeunes entre 15 et 24 ans et 1,8 % des enfants de moins de 5 ans. Trente pour cent du total cumulatif de cas de sida signalés concernent des femmes. Le Soudan, Djibouti et certaines parties de la Somalie connaissent une nouvelle épidémie généralisée (prévalence du VIH > 1 % dans la population générale). Une épidémie concentrée (prévalence du VIH > 5 %) parmi les utilisateurs de

<sup>1</sup> ONUSIDA/OMS : Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. ONUSIDA, 2006

drogue par injection sévit en République islamique d'Iran, en Jamahiriya arabe libyenne et au Pakistan. Dans les autres pays de la Région, les données disponibles indiquent que l'épidémie de VIH/sida est restée à un niveau bas (prévalence du VIH < 1 % dans la population générale et < 5 % dans les groupes à risque). Toutefois, l'absence de données fiables sur l'ampleur du VIH dans les populations les plus exposées empêche un dépistage précoce des épidémies concentrées parmi ces groupes. Sur le total cumulatif de cas de sida signalés, 31,3 % sont de mode de transmission inconnu. Sur le total de cas de sida dont le mode de transmission est connu, le principal mode de transmission du VIH est la relation hétérosexuelle (78,5 %), suivie par l'utilisation de drogue par injection (9,7 %), la transfusion de sang (5,2 %) et la transmission de la mère à l'enfant (2,3 %). Le Tableau 1 donne un aperçu de la situation de l'épidémie de VIH par pays.

Comme on peut s'y attendre, la tuberculose touche davantage les personnes infectées par le VIH dans la Région. En 2006, 9 pays ont transmis à l'OMS des informations sur la prévalence du VIH chez les patients atteints de tuberculose. La prévalence globale du VIH sur le total de 1659 patients atteints de tuberculose testés était de 0,7 %, allant de 0 % en République arabe syrienne à 2,4 % au Yémen. Le Maroc a été le premier à créer un système de sérosurveillance sentinelle qui comprend des enquêtes annuelles parmi les patients atteints de tuberculose, avec une prévalence du VIH déclarée fluctuant autour de 0,4 % dans les enquêtes consécutives de 1995 à 2006 (fourchette 0,12 % - 1,06 %).

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

Pays	Prévalence du VIH estimée dans la population adulte (en %) <sup>a</sup>	Nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH <sup>a</sup>	Nombre de cas de sida notifiés en 2006 <sup>b</sup>	Nombre estimatif d'adultes ayant besoin d'un traitement antirétroviral <sup>c</sup>	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral <sup>d</sup>
Afghanistan	< 0,1	< 1 000	ND	< 100	0
Arabie saoudite	ND	ND	43	550 <sup>d</sup>	497
Bahreïn	ND	< 1 000	1 <sup>f</sup>	< 200	ND
Djibouti	3,1	15 000	ND	2 600	492
Égypte	< 0,1	5 300	ND	870	ND
Émirats arabes unis	ND	ND	0	ND	ND
Iran (République islamique d')	0,2	66 000	176	8 100	537
Iraq	ND	ND	ND	ND	0
Jamahiriya arabe libyenne	ND	ND	ND	500 <sup>d</sup>	217
Jordanie	ND	< 1 000	25	< 200	45
Koweït	ND	< 1 000	ND	< 200 <sup>e</sup>	ND
Liban	0,1	2 900	ND	< 500	223
Maroc	0,1	19 000	291	3 300	1 530
Oman	ND	ND	32	300-350 <sup>d</sup>	247
Pakistan	0,1	85 000	5 <sup>f</sup>	11 000	238
Palestine	ND	ND	1	100 <sup>d</sup>	7
Qatar	ND	ND	ND	ND	ND
République arabe syrienne	ND	ND	16	200-220 <sup>d</sup>	70
Somalie	0,9	44 000	ND	7 100	96
Soudan	1,6	350 000	418	56 000	986
Tunisie	0,1	8 700	24	346 <sup>d</sup>	298
Yémen (République du)	ND	ND	103	3 000 <sup>d</sup>	0

ND : données non disponibles

Source :

<sup>a</sup> *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006. Édition spéciale de l'ONUSIDA pour son 10<sup>e</sup> anniversaire.* Genève, ONUSIDA 2006.

<sup>b</sup> Base de données régionale sur le VIH/sida, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale.

<sup>c</sup> *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé. Rapport de situation avril 2007.* Genève, OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2007.

<sup>d</sup> Nombre estimatif d'adultes et d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral sur la base des notifications régionales concernant l'accès au traitement antirétroviral, décembre 2006.

<sup>e</sup> 20 % du nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH (lorsque le nombre estimatif de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral n'est pas déclaré à l'OMS).

<sup>f</sup> Les données manquent pour un moins un des trimestres.

La tuberculose pharmacorésistante, qui émerge en Afrique et en Europe en étroite relation avec l'épidémie de VIH, a été observée partout à différents niveaux dans huit pays qui ont mené des études sur la pharmacorésistance de la tuberculose. Le taux de multirésistance allait de 0,8 % au Qatar à 9,1 % en Jordanie chez les nouveaux cas. Il n'existe cependant aucune donnée concrète dans la Région sur la tuberculose à bacilles ultrarésistants (UR) qui résiste aux médicaments de deuxième intention ; toutefois, une étude effectuée en République islamique d'Iran a indiqué la présence de tuberculose UR dans le pays.

## 2.2 Facteurs de risque et de vulnérabilité dans la Région

**Utilisation de drogue par injection** : 9,7 % des cas de sida déclarés par les pays de la Région entre 1999 et 2006 étaient attribuables à l'utilisation de drogue par injection. L'utilisation croissante de drogue par injection dans la Région, qui touche les deux sexes et se caractérise par une première fois à un âge de plus en plus bas, suscite une vive inquiétude. Selon les rapports de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), le nombre d'utilisateurs de drogue par injection est estimé entre 400 000 et 900 000 dans la Région.

La possibilité de taux considérables d'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection ne peut être écartée dans les pays où les données sur le comportement à risque et les taux d'infection à VIH ne sont pas recueillies et notifiées. En 2006, les programmes nationaux de lutte contre le sida en Égypte, à Oman et en République arabe syrienne ont effectué des études comportementales parmi les utilisateurs de drogue par injection. Les résultats préliminaires de ces pays confirment les données comportementales recueillies précédemment en Afghanistan, à Bahreïn, en Égypte, au Liban, en Jamahiriya arabe libyenne, au Maroc et au Pakistan, qui indiquent qu'un comportement à très haut risque domine chez les utilisateurs de drogue par injection. Partage d'injections et de matériel d'injection, utilisation de drogue par injection associée au commerce du sexe, relations sexuelles non protégées avec plusieurs partenaires et antécédents de détention sont des facteurs de risque fréquemment rencontrés dans ces pays.

**Comportement sexuel à haut risque** : les informations sur les types de comportement sexuel à haut risque et leur ampleur restent difficiles à obtenir. Très peu de pays effectuent une surveillance comportementale et biologique des groupes de population censés être exposés au VIH par un comportement sexuel à risque. Les sources d'informations officielles comme les informations diffusées par les médias et les sources non liées à la santé comme les rapports de police confirment l'existence de comportements à haut risque attribués à la prostitution et aux relations sexuelles parmi les hommes dans presque chaque pays de la Région. Globalement, il est démontré que les travailleurs du sexe et les hommes ayant des relations homosexuelles sont plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles non protégées avec plusieurs partenaires de statut sérologique VIH inconnu. Le risque est généralement augmenté en l'absence de sensibilisation et d'accès aux préservatifs pour ces groupes de population.

Très peu d'études comportementales sont menées sur ces groupes de population dans la Région. Toutefois, certains pays comme le Liban, le Maroc et la Tunisie présentent des déterminants et facteurs de risque similaires. Seul le Maroc effectue régulièrement une sérosurveillance sentinelle parmi les travailleurs du sexe ; les dernières données disponibles (2005) indiquent une prévalence du VIH de 2,2 %<sup>2</sup>. Les hommes ayant des relations homosexuelles peuvent constituer une population à risque non reconnue dans certains pays, comme le prouve une étude en Égypte en 2006 indiquant une séroprévalence du VIH de 6,2 %<sup>3</sup>.

**Méconnaissance du VIH parmi les jeunes** : les études sur les connaissances, la conduite, le comportement et la pratique menées dans différents pays de la Région indiquent que les jeunes ne sont pas suffisamment informés sur le VIH et n'ont pas les connaissances essentielles sur les modes de

<sup>2</sup> Rapport national de surveillance du Maroc, 2005. Ministère de la Santé, Programme national de lutte contre le sida, Maroc, 2005.

<sup>3</sup> Enquête de surveillance biologique et comportementale du VIH/sida. Rapport récapitulatif. Ministère de la Santé et de la Population, Programme national de lutte contre le sida, République arabe d'Égypte, 2006.

transmission et la prévention du VIH. En particulier, l'absence de connaissances et d'accès aux préservatifs pour les jeunes sexuellement actifs indique une forte vulnérabilité au VIH.

**Pauvreté, chômage, migration professionnelle** : la pauvreté et le chômage sont des déterminants sociaux de base de la santé. Quatorze pays de la Région sont classés comme des pays à revenu intermédiaire tranche inférieure à faible. Les taux de chômage atteignent 59 % à Djibouti et 27 % en Iraq et Palestine. De ce fait, la Région est généralement marquée par une forte mobilité où les pays à revenu élevé attirent un grand nombre de travailleurs migrants à l'intérieur et hors de la Région en quête d'opportunités de travail. Les travailleurs migrants sont souvent soumis à des tests VIH obligatoires sans avoir accès aux services de prévention, traitement et soins du VIH. Dans certains cas, ils font l'objet de pratiques discriminatoires comme l'expulsion fondée sur un statut sérologique VIH positif.

**Statut des femmes** : le taux d'alphabétisation des femmes adultes dans la Région est de 53 %. Selon la Banque mondiale, les taux de prévalence du VIH sont inférieurs lorsque les femmes ont accès à l'éducation et peuvent avoir un revenu. Le taux moyen régional de mortalité maternelle de 37,9 pour 10 000 naissances vivantes (fourchette 0,0 - 160 pour 100 000 naissances vivantes) et la moyenne des accouchements assistés par du personnel qualifié de 53 % (fourchette 14 % - 100 %) indiquent que les femmes n'ont pas suffisamment accès aux services de santé, ce qui constitue un obstacle majeur à la fourniture de services de prévention, traitement et soins du VIH pour les femmes, ainsi qu'à la mise en œuvre d'interventions appropriées pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH.

**Situations de conflits et d'urgence** : plusieurs pays dans la Région, dont l'Afghanistan, l'Iraq, le Liban, la Palestine, la Somalie et le Soudan, sont affectés par un conflit. Les situations de conflit et d'urgence exposent les populations à un risque accru de transmission du VIH en raison de la violence et des attaques, des pratiques sexuelles à risque des troupes, du manque d'accès aux services de prévention et traitement et de la destruction des locaux et infrastructures. L'Iraq est un exemple des effets dévastateurs de la guerre, où la couverture du traitement antirétroviral est passée de 100 % des cas connus à zéro.

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

En fonction de son mandat et de la répartition convenue du travail entre les agences co-sponsors de l'ONUSIDA, le Bureau régional a privilégié dans son soutien aux États Membres le conseil politique et technique, le renforcement des capacités et l'assistance technique dans le secteur de la santé.

#### **3.1 Planification stratégique, suivi et évaluation**

Le plan stratégique régional pour renforcer la riposte du secteur public au VIH/sida et aux infections sexuellement transmissibles pour la période 2006-2010 a été adopté par le Comité régional en septembre 2005. Il oriente le Bureau régional et les États Membres sur les approches systématiques pour le secteur de la santé afin de contribuer à la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH.

En 2006, le Bureau régional a aidé les administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le sida à élaborer des indicateurs pour suivre l'avancement vers l'accès universel et renforcer les capacités des programmes nationaux dans la planification et l'établissement de systèmes de surveillance efficaces. Ce soutien sera poursuivi en 2007. L'Afghanistan, Oman et le Yémen ont reçu une aide pour élaborer leur plan stratégique national.

#### **3.2 Élargir l'accès au traitement et aux soins du VIH/sida**

Selon les estimations, la Région de la Méditerranée orientale compte 75 000 personnes vivant avec le VIH/sida qui ont besoin d'un traitement antirétroviral. Plus de deux tiers de ces personnes vivent au Soudan. En 2006, l'accès aux services de traitement et de soins du VIH/sida s'est étendu régulièrement dans presque tous les pays sauf en Afghanistan, au Yémen et en Iraq qui ne disposaient pas de services



de traitement antirétroviral. Toutefois, l'accès au traitement antirétroviral salvateur reste très insuffisant : en décembre 2006 moins de 5 % du nombre estimatif de personnes vivants avec le VIH recevaient le traitement antirétroviral nécessaire. Cela contraste avec une forte couverture (79 %) du traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH connues ayant besoin d'un traitement déclarées au Bureau régional par les 15 pays. Ce décalage peut s'expliquer par trois principaux facteurs qui empêchent les personnes vivant avec le VIH d'avoir accès au traitement antirétroviral : 1) obstacles liés à la centralisation des services de traitement antirétroviral dans les établissements tertiaires ; 2) coût élevé du traitement antirétroviral pour le système de santé public ; et 3) taux élevés persistants de stigmatisation et discrimination dans la Région qui empêchent sérieusement les personnes vivant avec le VIH de faire appel aux services de conseil et de dépistage du VIH et de rechercher des soins de santé.

Par crainte de la divulgation de leur sérologie VIH et de la stigmatisation et discrimination qui en découlent, les personnes vivant avec le VIH et leurs familles préfèrent les services de santé privés aux services publics pour le dépistage et le traitement du VIH. Toutefois, les établissements privés fournissent rarement un suivi de conseil. De ce fait, des occasions importantes sont manquées pour profiter du dépistage du VIH afin de conseiller les personnes séronégatives sur la prévention, orienter les personnes récemment diagnostiquées positives vers un traitement, des soins, un soutien constants et pour prodiguer des conseils sur le couple et l'annonce au partenaire.

### **3.3 Conseil et dépistage du VIH**

La grande majorité des personnes infectées par le VIH ne connaissent toujours pas leur sérologie VIH.

Il a été démontré que la mise à disposition de services de conseil et dépistage du VIH volontaire et confidentiel encourage les personnes à déterminer leur sérologie VIH et à prendre les mesures appropriées pour prévenir la transmission du VIH. Malgré cela, les services de conseil et dépistage volontaire, lorsqu'ils existent dans la Région, restent extrêmement limités dans leur couverture et sont sous-utilisés. Plus important encore, les services de conseil et dépistage volontaire ne ciblent pas les groupes à haut risque.

En 2006, afin d'orienter les pays sur l'application des programmes et services de conseil et dépistage du VIH dans le contexte épidémique, social et culturel de la Région, le Bureau régional a lancé l'élaboration d'un guide régional du conseil et du dépistage du VIH. Le soutien aux programmes nationaux de lutte contre le sida pour élargir la couverture des services de conseil et dépistage volontaire par l'élaboration de directives nationales et la formation de conseillers s'est concentré sur la Somalie, le Soudan et le Yémen.

Récemment, le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant a été évoqué globalement comme une autre mesure efficace pour promouvoir le concept de « connaître sa sérologie VIH ». Par ce mécanisme, le personnel de santé propose un dépistage du VIH dans le cadre d'un examen de laboratoire de routine à des groupes de patients donnés (dans les épidémies peu étendues) ou à tous les patients (dans les épidémies généralisées). Les patients ont le droit de refuser le test ainsi que le droit à la confidentialité, à des conseils et une orientation appropriés. Dans les pays de la Région qui ne disposent pas de cadre législatif et réglementaire protégeant les droits et la sécurité des personnes testées, la mise en place d'un tel cadre serait une condition préalable à l'élargissement des occasions de dépistage du VIH par le biais du conseil et dépistage à l'initiative du soignant.

Grâce aux importantes améliorations dans la technologie du dépistage du VIH, y compris le développement de tests rapides de dépistage du VIH hautement spécifiques et sensibles, les pays de la Région peuvent améliorer la rentabilité des stratégies de dépistage du VIH et algorithmes. À cet égard, le Bureau régional a organisé un séminaire-atelier régional afin d'informer les administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le sida sur ces nouveaux développements et permettre une comparaison des avantages et inconvénients des divers stratégies et algorithmes de dépistage du VIH en fonction du but du dépistage du VIH (diagnostic ou surveillance).

### 3.4 Prévention de la transmission mère-enfant

Selon une étude menée par le Bureau régional début 2006, la majorité des pays ne dispose toujours pas de services complets pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Sur les 20 pays qui ont répondu au questionnaire de l'enquête, six ont déclaré avoir un programme national de PTME et 11 ont déclaré avoir des directives nationales de PTME. La prophylaxie antirétrovirale est proposée gratuitement dans 15 pays, bien que la couverture des femmes infectées par le VIH reste faible. Des médicaments antirétroviraux pédiatriques sont disponibles dans 11 pays. Seuls cinq pays proposent régulièrement aux femmes enceintes le conseil et dépistage du VIH.

Afin de promouvoir les interventions de PTME dans la Région, le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale et le Bureau régional de l'UNICEF pour le Moyen-Orient de l'Afrique du Nord (MENA) ont uni leurs forces en 2006. La collaboration s'est caractérisée par des missions d'évaluation dirigées par l'UNICEF au Maroc, au Soudan, en Tunisie et au Yémen, une enquête régionale sur l'application de la PTME, une réunion régionale pour établir le consensus sur les stratégies appropriées pour la PTME pour les différentes conditions épidémiologiques et socio-économiques dans les pays de la Région et l'élaboration d'un document d'orientation stratégique pour les programmes de PTME. En outre, le Bureau régional collabore avec l'UNICEF pour soutenir la création de services de PTME à Djibouti et au Soudan.

Les barrières culturelles constituent un obstacle majeur à l'élargissement de la couverture de la prophylaxie antirétrovirale pour les femmes enceintes avant et pendant l'accouchement car elles rendent difficile l'identification des femmes exposées au risque de VIH dans les établissements de soins prénatals. Les administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le sida recommandent de proposer régulièrement le conseil et dépistage du VIH aux femmes enceintes dans les établissements qui desservent les populations à risque et, lorsque c'est faisable, à toutes les femmes. Toutefois, les administrateurs de programmes soulignent que le dépistage du VIH ne peut être imposé aux femmes et doit rester volontaire et confidentiel.

### 3.5 Interventions ciblant les populations les plus exposées

Bien que l'engagement permanent à long terme avec les individus et les communautés à risque se soit avéré le plus efficace et absolument indispensable, en particulier dans les pays avec une épidémie de VIH peu étendue, seuls quelques programmes nationaux ont établi des interventions adaptées. Dans la plupart des cas, ils ciblent les utilisateurs de drogue par injection et on observe une réticence considérable à s'adresser aux autres populations à haut risque, à savoir les travailleurs du sexe et les hommes homosexuels. À l'exception de la République islamique d'Iran, qui a un programme de réduction des risques bien connu, aucun pays n'a appliqué tout l'éventail des mesures de réduction des risques parmi les utilisateurs de drogue par injection. Le Maroc a déclaré son engagement à la stratégie de réduction des risques et a entamé une action pour mettre à disposition le traitement de substitution des opiacés et établir des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues.

L'OMS, en partenariat avec l'Association internationale de réduction des risques (IHRA) et avec le soutien financier de la Fondation DROSOS, met à exécution un projet visant à renforcer le rôle des organisations de la société civile dans la réduction des risques au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Le projet stimule le renforcement des capacités, soutient les programmes de société civile pour établir et renforcer les activités de réduction des risques et le travail en réseau entre les partenaires de la réduction des risques. Trois centres de connaissances sous-régionaux (centres de formation et de ressources) ont été sélectionnés, en République islamique d'Iran, au Liban et au Maroc. Le projet a été lancé lors d'une réunion régionale sur la prévention du VIH chez les utilisateurs de drogue par injection organisée par le Bureau régional en collaboration avec l'ONUUDC, l'ONUSIDA et *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)*.

### **3.6 Renforcer la surveillance et la recherche opérationnelle**

Certains pays ont fait des progrès en matière de création de systèmes de surveillance du VIH efficaces. Le Maroc a réussi à maintenir son système de surveillance du VIH efficace tandis que Djibouti, la Somalie et le Soudan ont fait des progrès importants vers la mise en œuvre d'une séro-surveillance sentinelle anonyme non corrélée.

En 2006, l'Afghanistan, l'Égypte et la République islamique d'Iran ont effectué des études bio-comportementales sur le VIH parmi certaines populations les plus exposées. L'importance de ces études est mise en évidence par les résultats alarmants parmi les hommes homosexuels en Égypte, où la prévalence du VIH était de 6,2 %. L'Afghanistan, l'Égypte, la République islamique d'Iran, le Maroc et le Pakistan sont des précurseurs dans ce domaine, et d'autres pays peuvent bénéficier de leur expérience. Tous ces pays ont bénéficié de meilleures informations sur les taux d'infection au VIH et les risques comportementaux pour cibler les services de prévention et de soins afin d'atteindre les populations en ayant le plus besoin.

Toutefois, les systèmes de surveillance dans la majorité des pays restent inadaptés en termes de fourniture d'informations fiables sur l'ampleur et les tendances de l'épidémie de VIH.

Le Bureau régional a poursuivi le renforcement des capacités nationales dans la planification et la mise en œuvre de la surveillance du VIH/des IST. Des cours de formation sur les méthodologies de surveillance du VIH au sein des populations les plus à risque ont été organisés en République islamique d'Iran, au Soudan et au Yémen en collaboration avec des experts du Centre de connaissances pour la surveillance du VIH/des IST dans la Région OMS de l'Europe (Zagreb, Croatie). La Somalie, le Soudan et le Yémen ont bénéficié d'un soutien dans la planification de la surveillance et l'élaboration de protocoles d'enquêtes. Le Bureau régional a également aidé des candidats de plusieurs autres pays à assister à des cours sur la surveillance au Centre de connaissances en Croatie.

En 2006, le Bureau régional a organisé une consultation avec les administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le sida afin d'établir un consensus sur les définitions révisées des cas de VIH conformes aux définitions adoptées mondialement. Les participants à la réunion ont recommandé que la déclaration de « cas de VIH avancé » remplace celle de « cas de sida ». La définition de VIH avancé englobe, en plus des cas de sida, la majorité des cas de VIH réunissant les conditions pour un traitement antirétroviral selon les critères cliniques et immunologiques. À l'ère du traitement antirétroviral hautement actif, la déclaration de VIH avancé est devenue plus utile que celle de cas de sida.

Chaque année, le Bureau régional soutient des études de recherche opérationnelle dans le domaine du VIH/sida et des IST par son Programme de petites subventions pour les maladies tropicales et autres maladies transmissibles. En 2006, six études sur le VIH/sida et les IST de cinq pays ont été financées dans les domaines des comportements à risque et protecteurs, de la prévalence du VIH dans les groupes de population particuliers, de la résistance aux médicaments antirétroviraux et de l'évaluation de la prestation de services.

### **3.7 Lutte contre d'autres infections sexuellement transmissibles**

Le Bureau régional a soutenu la création d'un réseau régional d'experts des IST, qui a été mis en place en décembre 2006. Les objectifs de ce réseau sont les suivants : plaider en faveur du renforcement de l'action de lutte contre les IST au niveau national dans la Région ; apporter un soutien technique pour renforcer l'action de lutte contre les IST au niveau national, par exemple en créant et en maintenant une liste d'experts des IST qui seraient disponibles en tant que qu'intervenants dans l'action de sensibilisation et consultants pour apporter une assistance technique ; et faciliter l'échange d'expérience et d'information au sein et à l'extérieur de la Région.

Le secrétariat du réseau d'experts des IST est hébergé au Centre méditerranéen de l'OMS pour la réduction de la vulnérabilité en Tunisie jusqu'à ce que l'on trouve un établissement adapté pour l'accueillir.

Les membres du réseau d'experts des IST ont eu l'occasion de se familiariser avec les méthodologies de l'évaluation de la situation nationale en matière d'IST lors d'un séminaire-atelier de renforcement des compétences.

Dans le cadre du Programme de partenariat stratégique (PPS) avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Bureau régional a organisé un séminaire-atelier régional sur les directives pour la prise en charge des IST dans les établissements de santé génésique pour les experts du programme sur la santé génésique et les IST. Suite à ce séminaire-atelier, six pays (Afghanistan, Égypte, Pakistan, Somalie, Soudan, Tunisie) ont soumis au Bureau régional des propositions de soutien pour renforcer les services intégrés de prévention et soins des IST à financer par le PPS.

### **3.8 Mobilisation des ressources**

Fin 2006, 11 pays à revenu faible ou intermédiaire tranche inférieure avaient récolté plus de 130 millions de dollars des États-Unis (USD) pour les programmes de lutte contre le VIH par le biais du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Conscients de l'importance du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme comme source majeure de financement, le Bureau régional et l'ONUSIDA/MENA ont aidé les pays à élaborer des propositions et ont organisé un séminaire-atelier de formation sur l'élaboration d'une proposition. En 2006, les propositions du Fonds mondial ont permis d'obtenir environ USD 31 millions pour financer la riposte dans les deux ans à venir à Djibouti, en Égypte, en Jordanie, au Maroc et en Tunisie.

L'OMS, en collaboration avec l'Association internationale de réduction des risques (IHRA), a obtenu d'importantes ressources (USD 4 millions) de la Fondation DROSOS basée en Suisse afin de renforcer le rôle des organisations de la société civile en matière de réduction des risques dans la Région sur une période de 4 ans. Des fonds supplémentaires pour le soutien des programmes de lutte contre le VIH ont été mis à disposition par les Gouvernements du Canada, de Suède, de Norvège, du Royaume-Uni et de l'Allemagne, l'ONUSIDA et la Banque mondiale.

## **4. Futurs enjeux et plans**

Ces dernières années, les possibilités d'élargir les interventions de prévention et de traitement du VIH/des IST et d'arrêter ou inverser l'épidémie de VIH dans la Région ont considérablement augmenté. Grâce au seul financement des programmes de lutte contre le VIH par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et la Banque mondiale, la majorité des pays à revenu faible ou intermédiaire tranche inférieure peut élargir rapidement l'accès aux services de soins et prévention. L'utilisation efficace des ressources disponibles est un défi majeur, étant donné l'expérience limitée en matière d'interventions contre le VIH dans la Région, la médiocrité des infrastructures des services sanitaires et sociaux et la réticence encore répandue des responsables politiques et des décideurs à se pencher sérieusement sur l'enseignement de la prévention auprès des jeunes et à atteindre les groupes de population les plus exposés au risque. Il est encore nécessaire dans la plupart des pays de la Région d'établir un solide engagement politique et de susciter le sentiment d'urgence requis.

Dans le cadre du plan d'accès universel de l'OMS, de la stratégie régionale sur le renforcement de la riposte du secteur de la santé au VIH/ aux IST et la répartition du travail entre les agences co-sponsors de l'ONUSIDA en 2007-2008, le Bureau régional va axer son soutien sur les domaines suivants :

- renforcement de la surveillance et suivi des programmes ;
- élargissement et assurance qualité des services de prévention et soins du VIH dans le secteur de la santé avec une attention particulière pour le conseil et le dépistage du VIH, le traitement antirétroviral et la prévention de la transmission mère-enfant, la sécurité transfusionnelle et la lutte contre les IST ;
- renforcement de la prévention et des soins du VIH en ciblant les personnes les plus exposées aux risques, et notamment promotion des interventions de réduction des risques pour les utilisateurs de drogue par injection.