



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



## 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR 52<sup>e</sup> SESSION DU COMITE REGIONAL

Washington, D.C., 25-29 septembre 2000

*Point 4.3 de l'ordre du jour provisoire*

CD42/7 (Fr.)

25 juillet 2000

ORIGINAL : ANGLAIS

### **SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE (SIDA) DANS LES AMERIQUES**

Ce document est une mise à jour de l'aperçu de la situation du VIH/SIDA dans les Amériques présenté à la 126<sup>e</sup> session du Comité exécutif. La surveillance indique que l'épidémie du VIH/SIDA dans les Amériques consiste en une mosaïque de différentes épidémies qui doivent toutes être prises en main avec plus de fermeté pour prévenir une pandémie généralisée dans la Région.

Les données de comportement indiquent que les facteurs connus de risque d'infection à VIH sont présents et bien établis dans la Région. Les données montrent également que même si le gens sont conscients des risques du SIDA, rien n'est fait pour endiguer la transmission. D'autres études qui relient le comportement humain au VIH sont primordiales pour comprendre pleinement les risques apparentés à la transmission et maîtriser l'épidémie avant qu'elle n'atteigne des proportions plus graves.

Le Conseil directeur est prié d'examiner le document et de formuler des commentaires afin d'apporter son concours à l'Organisation en termes de définition et d'application de directives, notamment sur les aspects suivants : a) la mise à profit des systèmes de surveillance existants pour renforcer leur capacité à expliquer l'épidémie; b) le renforcement de la prévention primaire, y compris les stratégies de la communication et du marketing social; c) l'amélioration des interventions en réponse à la demande croissante de celles-ci en matière de soins VIH-SIDA en appliquant l'approche "par composantes" qui apporte une vision et une viabilité à long terme des soins de santé; et d) des mécanismes régionaux pour faciliter l'accès aux médicaments, en particulier des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Après avoir étudié ce thème, le Comité exécutif a approuvé une résolution pour la soumettre à l'examen du Conseil directeur (voir CE126.R5 en annexe).

## TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
1. Situation de l'épidémie du VIH-SIDA.....	3
2. Stratégies pour améliorer les systèmes de surveillance : un lien entre surveillance épidémiologique et surveillance du comportement .....	6
3. Stratégies et bénéfices de la prévention primaire .....	6
4. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant .....	8
5. Réponses au défi que pose la demande croissante de soins .....	9
6. Rapport d'évolution et perspectives d'avenir .....	10
Annexe A : Atteindre les objectifs de surveillance au moyen des réseaux épidémiologiques : surveillance de la deuxième génération	
Annexe B : Schéma cumulatif par composantes	
Annexe C : Résolution CE126.R5	

## 1. Situation de l'épidémie du VIH/SIDA

L'épidémie du VIH/SIDA dans la Région des Amériques en est maintenant à sa troisième décennie et continue de gagner du terrain progressivement. Environ 2,6 millions de personnes sont actuellement atteintes du VIH dans la Région : 1,3 million en Amérique latine, 360 000 dans les Caraïbes, et près d'un million en Amérique du Nord. Ces chiffres continuent de croître et l'on estime que le nombre de personnes infectées par le VIH dans la Région est de 600 à 700 par jour. Le nombre de décès avait atteint le demi million de personnes à la fin de l'année 1999. Par ailleurs, l'épidémie du VIH reste confinée en ce sens que sa transmission n'atteint pas la population générale. Néanmoins, il demeure des zones où l'épidémie a acquis des proportions inquiétantes. Un sommaire de la situation de l'épidémie dans la Région est donné ici.

*Les Caraïbes.* La vaste majorité des personnes séropositives au VIH dans les Caraïbes ont contracté le virus par des rapports hétérosexuels sans protection. Haïti est le pays où l'endémicité atteint les plus fortes proportions dans cette sous-région. Certaines études révèlent qu'en 1996, 13% des femmes enceintes étaient séropositives. Le pays estime qu'environ 10% des personnes adultes sont atteintes de l'infection à VIH en milieu urbain, et 4% en milieu rural. Le Guyana, les Bahamas et la République dominicaine ont également été durement affectés par l'épidémie. Le Guyana a constaté que près de 7,1% des femmes enceintes et 46% des professionnelles du sexe qui travaillent dans la capitale, Georgetown, sont séropositives. Aux Bahamas, la prévalence était, en 1995, de 3,6% parmi les femmes enceintes et deux fois ce taux parmi les groupes à haut risque (patients atteints d'infections sexuellement transmissibles [IST] sur l'ensemble du pays). En République dominicaine, la prévalence du VIH parmi les professionnels du sexe en 1998, atteignait une moyenne de 5,5%, soit une augmentation par rapport à la moyenne de 3,3% observée au cours des deux ou trois années antérieures.

A Porto Rico, 24 352 cas de SIDA ont été signalés ainsi que 15 188 décès des suites de cette maladie. Les principales catégories d'exposition sont rattachées à l'usage de drogues par voie intraveineuse chez les hommes (55% des cas) et le contact hétérosexuel chez les femmes (59% des cas)

*L'Amérique centrale.* Certains des pays de cette sous-région sont parmi les plus touchés par l'épidémie en Amérique latine. Au Honduras certains signes indiquent une progression de l'épidémie au sein de la population générale (1,4% des femmes enceintes sur l'ensemble du pays en 1998). Les études épidémiologiques sur l'infection à VIH parmi les autres groupes, tels que les professionnelles du sexe à San Pedro Sula, démontrent qu'une

femme sur cinq est infectée avec le VIH. Dans cinq autres villes (1998) la prévalence moyenne est de 10% parmi ce dernier groupe. Au Belize, à El Salvador et au Guatemala, l'épidémie devient inquiétante (la prévalence du VIH est de 1,4% chez les femmes enceintes au Belize). Les chiffres pour certains autres groupes de populations sont considérablement plus élevés. C'est le cas à Puerto Barrios, au Guatemala, où 11% des professionnels du sexe sont séropositifs, comparé avec 4,7% pour la capitale du Guatemala. A El Salvador, en 1996, 6% des cas d'infections sexuellement transmises étaient également séropositifs au VIH. Au Costa Rica et au Panama, l'épidémie touche plus fortement les hommes qui ont des rapports sexuels sans protection entre hommes..

*Le Mexique.* Le Programme national sur le SIDA estime qu'à la fin de 1999 et sur l'ensemble du territoire national, environ 174 000 personnes étaient infectées par le VIH. L'épidémie continue d'être répandue par des hommes qui ont des rapports sexuels sans protection entre hommes. Certaines études démontrent que dans ce groupe, 14,2% sont infectés par le VIH et font probablement pont vers la population générale. L'épidémie est particulièrement grave au sein de la population âgée de 25 à 44 ans. De surcroît, le SIDA figure parmi les principales causes de décès au Mexique. A présent il se situe en troisième place pour les hommes et en sixième place pour les femmes.

*Le Brésil* a fait état de 170 078 cas de SIDA et estime qu'à la fin de l'année 1999, environ 540 000 personnes souffraient du VIH et du SIDA. La plupart des infections sont regroupées dans les grandes agglomérations et notamment parmi les hommes qui ont des rapports sexuels entre hommes. Bien que ce dernier groupe continue d'être un véhicule important de transmission du VIH, l'emploi de drogues injectables joue un rôle considérable dans le nombre croissant de personnes infectées par le VIH. Parmi les femmes enceintes âgées de 13 à 24 ans, le taux de prévalence varie entre 1,7% dans le sud-est au début de l'année 1997 et 0,2% dans le nord l'année suivante. Les tests, menés dans l'anonymat, de 6 290 femmes enceintes âgées de 13 à 24 ans, en mars 1998 et sur l'ensemble du territoire national, ont révélé un taux de prévalence de 0,4%. Les résultats d'examen, réalisés pendant un mois, dans des cliniques de soins des maladies sexuellement transmissibles (MST) ont révélé que 3,7% des hommes et 1,7% des femmes étaient séropositifs au VIH. Parmi les patients des salles d'urgence des hôpitaux, les résultats ont montré que 1% des hommes et 1,2% des femmes étaient séropositifs.

Dans le *Cône sud*, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les usagers de drogues injectables (UDI) sont ici aussi les principaux groupes affectés par l'épidémie. Il est considéré qu'entre 5% à 10% d'adultes sont atteints du VIH suite à l'emploi en commun de seringues, d'aiguilles ou autres accessoires parmi les UDI. L'usage

de drogues injectables est la cause de la transmission de l'épidémie vers un groupe d'âge plus jeune. (de 30-49 ans à 20-34 ans), et du nombre croissant de femmes infectées. Leur nombre est passé de zéro en 1985 à plus de 20% de cas en 1996. C'est notamment le cas en Argentine, où les UDI ont joué un rôle substantiel dans la flambée de l'épidémie pratiquement depuis le début et, depuis 1999, cette catégorie est celle où la prévalence du risque est la plus élevée. Selon les dernières données chiffrées, les UDI constituaient plus de 40% des cas signalés de SIDA. Le Chili a trouvé que la population générale n'était que peu atteinte par l'infection à VIH dans les différentes régions du pays, y compris à Santiago, la capitale, où les comportements de risque sont considérés plus dominants que dans le reste du pays. Entre 1992 et 1997, les taux de prévalence parmi les femmes enceintes sont restés en dessous de 1 pour 1 000. En Uruguay, des taux semblables ont été enregistrés parmi 8 000 travailleurs examinés en 1997, Seulement 0,26% des cas se sont révélés être séropositifs.

*La région Andine* semble être relativement peu affectée par le VIH jusqu'à présent. Il est cependant à souligner qu'il n'y a pas lieu de se complaire si l'on garde à l'esprit le fait que les comportements de risque sont ancrés dans plusieurs pays. La Colombie estime que 67 000 personnes étaient atteintes du VIH en 1998. Le taux de séro-prévalence était de 0,24% dans une vaste campagne (130 000 personnes testées) visant à promouvoir les services de conseils et de tests volontaires de dépistage du VIH dans le milieu des années 90. Depuis son apparition, l'épidémie a surtout affecté les hommes. Cependant, le coefficient hommes-femmes s'est resserré pour passer de 37 : 1 en 1987 à 5 : 1 en 1998. Dans les régions montagneuses, la transmission du VIH est due principalement aux rapports sexuels sans protection entre hommes, tandis que dans les régions côtières l'épidémie est répandue par des rapports hétérosexuels sans protection. En 1996, le taux de prévalence à Bogota était de 0,1% parmi les femmes enceintes, comparé à 0,4% à Cali. Au Pérou, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes était de 0,23% et de 0,07% parmi les donneurs de sang en 1998. Parmi les groupes à haut risque, une étude en permanence portant sur les professionnels du sexe a trouvé 1,6% de séropositifs à Lima et 0,6% en province. Pour tous les groupes, la prévalence reste plus forte dans les villes qu'en milieu rural. En Bolivie, grâce à la surveillance sentinelle régulière parmi les femmes enceintes il a été établi qu'il y a peu d'infection à VIH. En 1997, seulement 0,5% des 980 femmes enceintes se sont révélées être séropositives. Par ailleurs, les résultats de tests faits à Santa Cruz en 1998 parmi les professionnels du sexe n'ont donné que 0,3% de séropositifs.

En *Amérique du Nord* l'emploi répandu de thérapies antirétrovirales combinées a eu un impact positif sur la mortalité et dans le retardement de la progression de l'infection à VIH vers le SIDA. Parmi plus de 760 000 cas de SIDA signalés aux Etats-Unis jusqu'à mai 2000, près de 90% des cas étaient parmi des hommes ayant des rapports sexuels avec des

hommes (HSH) et/ou des usagers de drogues injectables (UDI). Seulement 10% de ces cas étaient attribuables à une transmission hétérosexuelle. Les tendances récentes de l'infection à VIH ont démontré que bien que les deux groupes, HSH et UDI, continuent d'être les plus touchés, la transmission hétérosexuelle entre femmes continue de croître. Ces tendances sont surtout ressenties à l'intérieur des villes et parmi les groupes marginalisés. Au Canada, la prévalence du VIH est très basse. Sa transmission est cependant de plus en plus due à des contacts hétérosexuels et à l'usage de drogues injectables. Au début de l'épidémie (1985), la plupart des cas d'infection par le VIH remontaient à des rapports sexuels entre hommes (75%), tandis que 10 ans plus tard cette catégorie ne comptait que 36,5% des cas. Par contre, l'usage de drogues injectables, qui ne représentait en 1994 que 9% des cas, constitue à présent entre 29% et 33,5% des cas d'infection par le VIH. Par ailleurs, les cas récemment signalés de contamination par le VIH démontrent également une progression quant à la proportion d'hommes par rapport aux femmes. Cette proportion, qui était de 9,4 pour 1, est passée à 1,5 pour 1, en 1998.

De manière générale, l'épidémie du VIH/SIDA dans les Amériques continue d'être une mosaïque de différentes épidémies qui doivent toutes être prises en main avec plus de fermeté pour prévenir une pandémie généralisée dans la Région.

## **2. Stratégies pour améliorer les systèmes de surveillance : un lien entre surveillance épidémiologique et surveillance du comportement**

Les systèmes de surveillance du VIH/SIDA mis en place à présent n'ont pas les qualités nécessaires pour saisir la diversité ou expliquer les changements qui se produisent avec le temps dans la mosaïque d'épidémies en Amérique latine et aux Caraïbes. Des efforts sont requis dans la Région pour améliorer les systèmes existants, renforcer leur capacité à expliquer l'épidémie et faire un meilleur usage de l'information qu'ils produisent.

L'approche des systèmes de surveillance de la deuxième génération vise à concentrer les ressources là où elles fourniront l'information la plus utile pour réduire la propagation du VIH et pour assurer les soins appropriés à ceux qui en sont affectés (Annexe I). La composition la plus efficace des données collectées pour la surveillance dépendra de la nature de l'épidémie dans chaque pays. Le choix de groupes de population pour recueillir les données variera d'une épidémie à l'autre. Il en sera de même pour la combinaison de surveillance de comportement et de surveillance biomédicale. Les plans de travail et les efforts des pays en matière de surveillance devraient s'articuler en tenant compte de ces principes et en affectant les ressources humaines et financières nécessaires.

### **3. Stratégies et bénéfices de la prévention primaire**

Le besoin d'assurer des soins de qualité pour les personnes qui souffrent du VIH/SIDA est évident, cependant l'accent mis sur des approches simplistes qui ne mettent pas en pratique les interventions plus essentielles et abordables a entraîné des dilemmes quant à l'affectation de ressources pour faire face à l'épidémie du SIDA. Il est généralement supposé que les soins de santé signifient guérison. En outre, de nombreuses personnes sont convaincues que le SIDA est devenu une maladie chronique qui peut être traitée, et ne ressentent plus, du fait de cette conviction la nécessité d'éviter des contacts sexuels à haut risque ou l'usage de drogues. Ainsi, les interventions relatives au comportement continuent d'être au cœur de l'effort visant à maîtriser l'épidémie du VIH/SIDA.

Au cours des dernières années, l'accent a été placé sur les activités d'information et d'éducation dans le but de promouvoir la santé sexuelle et génésique. A cet égard, plutôt que d'insister sur la maladie et le dysfonctionnement, l'accent a été mis sur la valeur et les avantages de modes de vie sains. A titre d'exemple, la Colombie a lancé une initiative visant à intégrer l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires, mettant en avant les aspects positifs de la sexualité humaine et cherchant à promouvoir le développement d'attitudes et de comportements sexuels sains. Le Programme régional sur le SIDA, en collaboration avec une université des Etats-Unis, a mis au point un modèle encourageant l'adoption de comportements sexuels sains entre hommes ayant des partenaires sexuels masculins. Ce modèle pilote, appelé "Face-à-face", a déjà été lancé parmi des hommes d'ascendance hispano-américaine aux Etats-Unis et des participants de pays de l'Amérique latine et des Caraïbes.

Les interventions sur le comportement cumulant des stratégies rattachées aux études scolaires et universitaires, des initiatives de communication et des interactions face-à-face dont, entre autres, les conseils et l'éducation offerts à des pairs, ont prouvé leur efficacité dans l'effort de prévention du VIH/SIDA. Un public éclairé est plus à même d'acquiescer des pratiques préventives si l'activité en question se rapporte pertinemment au groupe ciblé spécifique. Le Costa Rica, la Jamaïque, le Mexique, le Pérou et le Venezuela ont mis au point des interventions combinant efficacement l'apport de données factuelles et l'exercice face-à-face afin de stimuler des changements positifs du comportement parmi les groupes des professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des partenaires masculins, le personnel des forces armées et les jeunes qui courent les rues. Les campagnes de prise de conscience lancées au Brésil exemplifient la façon dont le message essentiel peut être taillé à la mesure d'une situation particulière (par exemple, le Carnaval, la Journée

mondiale du SIDA, etc.) ou d'une population cible (ex. les jeunes, les touristes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des partenaires masculins).

En résumé, la prévention et les soins complets ne devraient pas être envisagés comme des parties antagoniques mais comme des éléments essentiels d'un même continuum sanitaire cherchant à ralentir la poussée ultérieure de l'infection par le VIH tout en répondant aux besoins de ceux déjà contaminés. Une meilleure intégration des services de soins et de traitements, y compris ceux pour les IST et l'abus de stupéfiants, devrait permettre aux Etats membres de profiter de diverses occasions de faire intervenir la prévention : primo, pour aider les personnes non contaminées à éviter toute contamination; secundo, pour aider les personnes contaminées à rester en forme; et tertio, pour aider les personnes contaminées à adopter et à garder un comportement qui évitera une transmission ultérieure.

Enfin, et toujours dans le cadre de la prévention, il semble de plus en plus qu'un vaccin alimente l'espoir de parvenir enfin à maîtriser la pandémie à l'avenir. Jusqu'à présent, la plupart des vaccins candidats se basent sur des souches de 120 gp ou 160 gp de protéine de sous-type B VIH-1, qui prévalent dans les Amériques et en Europe occidentale. Des vaccins candidats, avec des souches de sous-type E, sont actuellement testés en Thaïlande, où ce sous-type affecte la plupart des groupes de population. D'autres vaccins éventuels sont actuellement en cours de conception pour induire une immunité à médiation cellulaire (par opposition à la production d'anticorps) en employant des vecteurs recombinants vivants (principalement des vecteurs de base poxvirus, tels que des pox-vecteurs multigènes complexes de canari) et, plus récemment, l'immunisation d'ADN dépouillé. A l'avenir, des essais de vaccins coopératifs devront être menés tant par les pays industrialisés que par les pays en développement afin d'évaluer l'efficacité du niveau de protection des différents vaccins candidats. Cependant, tout futur vaccin ne pourra être la panacée à la pandémie du VIH/SIDA. Même si des vaccins anti-VIH efficaces et peu onéreux venaient à être largement disponibles, ces vaccins devront s'inscrire dans un ensemble global de prévention du VIH, assortis de surcroît d'autres interventions aux niveaux social et du comportement.

#### **4. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant**

La transmission mère-enfant (TME) est la source principale de l'infection par le VIH des enfants de moins de dix ans. A la fin de 1999, le coefficient de transmission du VIH entre hommes et femmes en âge adulte dans la Région était de 2,2 hommes pour 1 femme. Ceci est significatif de la progression des taux de transmission hétérosexuelle et de son impact ultérieur sur les cas pédiatriques du SIDA qui se traduit par une hausse de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Jusqu'à mai 2000, 19 321 cas pédiatriques ont été signalés dans la Région. Ceci représente en fait 1,8% de tous les cas signalés de SIDA. La situation est

particulièrement inquiétante dans les pays des Caraïbes où l'ampleur de l'épidémie est la deuxième au monde, après l'Afrique subsaharienne. Dans les Caraïbes, les cas pédiatriques représentent 5,8% de tous les cas signalés de SIDA (mai 2000). Les données indiquent que les jeunes mères, âgées de 15 à 24 ans (Belize, Guyana, Jamaïque, Trinité et Tobago) sont nettement plus vulnérables que les autres groupes d'âge à l'infection par le VIH. Ceci est considérable car ces femmes, de par leur jeune âge, enfanteront probablement plusieurs fois.

De nombreuses études faites à niveau mondial démontrent que le taux de TME du VIH, lors de l'absence d'interventions préventives, est de 25% à 45% dans les régions en développement (la plupart de ces études donnent des nombres de 30% à 35%). Deux tiers des nourrissons infectés par le VIH le sont pendant les périodes prénatale et intrapartum, et un tiers le sont après l'accouchement, par l'allaitement. A partir de diverses expériences dans le monde, nous savons qu'il existe plusieurs interventions possibles et efficaces pour réduire le taux de TME. Celles-ci, incluent la proposition de conseils et de tests volontaires et confidentiels, l'offre d'une thérapie (zidovudina [AZT] ou nevirapina antirétrovirale (ARV), une alimentation saine, la proposition d'autres formes d'alimentation du nouveau-né pour remplacer l'allaitement, la prise en charge intrapartum, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, l'opération césarienne au choix et le lavage vaginal. La prévision opportune de ces interventions a permis d'obtenir des réductions considérables dans les taux de transmission périnatale, de 25% à 8% et moins.

Le plus grand défi qui se pose à la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant n'est pas uniquement d'offrir un vaste ensemble d'interventions mais bien d'assurer, en même temps, que chacune de ces femmes se présentera pour consultation avant la 36<sup>e</sup> semaine de gestation afin que l'ensemble des mesures préventives puisse lui être proposé (conseils et tests volontaires et confidentiels pour le VIH, interventions nutritionnelles, thérapie antirétrovirale). Toutes les femmes enceintes devraient avoir accès très tôt à des soins anténatals et de foeticulture de qualité, préférablement dans le premier trimestre de leur grossesse, et à des soins intrapartum et postnatals, ainsi que des services de suivi et d'appui pour elles et leurs enfants. L'Argentine, les Bahamas, la Barbade, le Belize, Bermuda, le Brésil, le Chili, Cuba, la Jamaïque, le Mexique, la République dominicaine et l'Uruguay sont certains des pays qui affectent actuellement des ressources considérables et efficaces à la prévention de la TME du VIH. Dans plusieurs de ces pays, l'AZT est offert gratuitement aux femmes enceintes, mais peut parfois ne plus l'être après l'accouchement. Des efforts accrus sont encore nécessaires pour assurer des soins complets et à long terme des femmes et des enfants, notamment dans les pays qui ont encore à mettre sur pied cette stratégie dont les résultats sont aussi efficaces que l'est son rapport aux coûts.

## 5. Réponses au défi que pose la demande croissante de soins

Un des objectifs des programmes élargis de soins pour les patients atteints de VIH/SIDA est d'assurer l'équité dans l'offre de ces soins. A cet effet, les programmes de soins HIV/SIDA ainsi que leur suivi et leur évaluation devraient être prévus partir de soins standard essentiels.

L'Organisation panaméricaine de la Santé a convoqué une série de consultations d'experts dans le but de définir les types d'interventions de soins et d'actions à fournir selon la disponibilité des ressources. Trois scénarios ont été envisagés, prévoyant, dans le cadre d'un premier scénario intitulé *situation avec ressources limitées*, ou Scénario I (Annexe B) les soins standards essentiels que les pays devraient chercher à offrir. Dans cette situation, les tests et les médicaments de base sont disponibles en quantité restreinte à tous les niveaux du système sanitaire. Au fur et à mesure de la plus grande disponibilité des ressources (infrastructure physique, ressources financières et techniques, services d'appui) et des compétences (agents de santé et personnel soignant qualifiés), deux autres scénarios sont présentés, à savoir, la *situation avec ressources compétentes* (Scénario II) et la *situation avec ressources optimales* (Scénario III). Pris ensemble, ces trois scénarios intègrent une vaste gamme d'activités nécessaires pour répondre aux besoins médicaux, sociaux et émotionnels des patients atteints de VIH/SIDA, à la structure intégrée des programmes de soins, dans un schéma cumulatif par composantes. Cette approche de "schéma cumulatif" cherche à assurer l'équité, l'efficacité et la qualité des soins de santé aux personnes atteintes de VIH/SIDA, dans les foyers et la communauté et aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire des soins de santé du système sanitaire. Y sont également prévus les médicaments nécessaires, y compris les antirétroviraux (ARV).

L'approche de schéma cumulatif par composantes pour assurer l'ensemble des soins aux personnes atteintes du VIH/SIDA a été approuvée par le Comité exécutif à sa 126<sup>e</sup> session en juin. Le Programme régional du SIDA/IST a annoncé que le Schéma cumulatif par composantes regroupant l'ensemble des soins pour le VIH/SIDA constituait sa nouvelle stratégie pour renforcer et améliorer les soins aux personnes atteintes du VIH/SIDA dans la Région des Amériques avec la publication de directives de soins le 5 juillet 2000. Le Programme assurera un appui technique aux pays pour la mise en application de ces directives.

En tant que mécanisme destiné à faciliter l'accès des Etats Membres aux produits pharmaceutiques haut de gamme, un Fonds régional renouvelable pour l'achat de produits stratégiques destinés à la santé publique sera institué et inclura, entre autres, les médicaments

antirétroviraux et les réactifs pour le suivi des traitements antirétroviraux. Le Programme régional sur le VIH/SIDA et les IST avait été chargé de dresser une liste préliminaire détaillée de médicaments antirétroviraux, à partir des listes nationales existantes et des informations actualisées sur les produits pharmaceutiques qui devraient être incorporés à des programmes thérapeutiques. Le Fonds sera lancé comme projet pilote dans un pays. En cas de réussite, le Fonds opérera alors dans plusieurs pays jusqu'à pouvoir, finalement, répondre aux besoins de tous les pays de la Région qui souhaiteraient y participer.

## **6. Rapport d'évolution et perspectives d'avenir**

L'OPS a continué de mettre au point des alliances stratégiques et de travailler avec des partenaires clés dans la lutte contre le VIH, le SIDA et les IST dans la Région. Ainsi, en 1999, l'OPS a assumé un rôle prépondérant pour la coordination du planning intégré du Système des Nations Unies (ONUSIDA) dont le but est de répondre aux besoins nationaux en matière de VIH/SIDA. L'OPS a travaillé en étroite collaboration avec les gouvernements (ministères de la santé) et des partenaires clés (organismes internationaux et bilatéraux, universités, organisations non gouvernementales et organisations communautaires) pour encourager le consensus, la participation active et l'engagement à l'égard du planning intégré. Dans le courant de l'année 1999, le planning intégré interinstitutions a pris forme en Amérique centrale, au Chili, en Colombie, au Mexique et en Jamaïque. La Force caribéenne d'intervention sur le VIH/SIDA s'est réunie en juin 1999, à Antigua, et en mars 2000, à Trinité, pour mettre au point le Plan stratégique régional pan-caribéen de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST (1999 à 2004). Le Plan stratégique régional caribéen de lutte contre le VIH/SIDA/IST a reçu l'appui sans réserve des Chefs des Gouvernements de la Communauté caribéenne (CARICOM) à l'occasion de la 21<sup>e</sup> réunion de la Conférence des Chefs des Gouvernements de la Communauté caribéenne qui s'est tenue du 2 au 5 juillet 2000.

Dans le domaine de l'épidémiologie, les efforts se sont concentrés sur la mise en œuvre de la surveillance de la deuxième génération du VIH/SIDA. Cette surveillance intègre une composante du comportement ainsi que la surveillance des IST et la surveillance moléculaire au système, déjà en place, de signalement des cas de SIDA et à la surveillance sentinelle du VIH. Afin d'assurer la diffusion des principes de la surveillance de la deuxième génération, l'OPS a apporté son appui à établir et à renforcer, de manière active, des réseaux épidémiologiques, y compris le Réseau de surveillance pour l'Amérique latine et les Caraïbes (EpiNet). L'EpiNet s'est révélé une stratégie réussie pour diffuser, adapter et mettre en œuvre la surveillance de la deuxième génération dans la Région tout en renforçant les capacités au niveau national. A la fin de 1999, tous les pays de la Région étaient membres du Réseau de surveillance pour l'Amérique latine et les Caraïbes (EpiNetwork). Pendant l'année

1999, des réseaux sous-régionaux sur le VIH/SIDA sont apparus dans le Cône sud, la région andine et l'Amérique centrale et des efforts ont été entamés afin de créer un réseau caribéen. Le Réseau régional et les réseaux sous-régionaux travaillent ensemble à la collecte, l'analyse et l'utilisation des données de surveillance. Leurs membres comprennent des représentants des pays et les nombreuses réussites obtenues de cette expérience appuient leur utilisation au titre de stratégie permanente dans la Région. La 5<sup>ème</sup> réunion régionale s'est tenue en Jamaïque en septembre 2000.

Tel qu'auparavant mentionné, le *Schéma cumulatif "par composantes"* (Annexe B) regroupant l'ensemble des soins pour le VIH/SIDA a été mis au point. Ce schéma exemplifie encore une fois la réussite des efforts conjoints de planification et a été mis au point avec la collaboration de l'OMS, l'ONUSIDA et l'Association internationale des médecins soignants du SIDA (IAPAC).

A la fin de 1999, la formation régionale en matière de prise en charge syndromique des IST avait été complétée avec la participation de tous les pays. Il avait également été répondu aux requêtes spécifiques présentées en matière de formation au niveau des soins de santé primaire par certains pays, plus précisément, l'Argentine, El Salvador, Haïti et le Paraguay. En outre, les recommandations relatives à la surveillance des IST de deuxième génération ont fait l'objet de révision et d'adoption par l'Atelier régional en avril 1999 et constitueront autant d'instruments pratiques en vue d'améliorer la surveillance des IST dans les Amériques. Le Secrétariat de l'OPS/OMS a également diffusé plusieurs documents reprenant la stratégie des CAP-IST de l'OMS pour obtenir que les messages et les pratiques de prévention soient intégrés aux initiatives de prévention et de soins complets.

Dans le courant de l'année 1999, plusieurs pays ont commencé à mettre au point des programmes visant à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant et d'autres mettaient déjà leurs programmes à exécution. Parmi ces pays, le Belize, la Jamaïque et la République dominicaine. Le Belize a réussi à mettre au point une stratégie nationale sur la TME et mènera des activités de tests pilotes, y compris la prévision d'ARV, avant de déployer cette stratégie à niveau national. La Jamaïque a lancé un projet pilote visant à étudier la faisabilité de la prévention de la TME du VIH. Différents pays de l'Amérique centrale et de l'Amérique du sud ont demandé un appui technique à l'OPS en vue de la planification, du développement, de l'application et de l'évaluation des interventions relatives à la TME.

En 1999, le Directeur s'est engagé tout particulièrement à renouveler les efforts régionaux pour encourager les stratégies de communication et de marketing social afin de susciter des changements dans le comportement devant mener à l'adoption de pratiques

sexuelles plus saines, notamment parmi les jeunes. Le recrutement d'un cadre qui serait engagé à plein temps est en cours et l'OPS cherche à obtenir la participation et la collaboration d'ONUSIDA, d'autres institutions et des gouvernements de l'Amérique latine et des Caraïbes pour appuyer cet effort régional renouvelé. Il est prévu qu'un cadre à plein temps sera intégré à l'équipe en septembre 2000 pour travailler dans le domaine des stratégies de communication sociale et de marketing à promouvoir des changements dans le comportement.

En dépit des progrès réalisés par les pays, ainsi que par diverses institutions et le Secrétariat de l'OPS, de plus amples efforts sont encore nécessaires pour réduire la transmission et l'impact de l'épidémie du VIH/SIDA dans les Amériques. Dans l'ensemble, le besoin le plus pressant est de renforcer les capacités nationales et locales afin de procéder à une évaluation de la situation portant sur le VIH, le SIDA et les IST, sur les comportements à risque associés à cette transmission, ainsi que sur les facteurs qui entravent la prévention et le contrôle. Cela dit, l'existence et l'exercice plus poussé du rôle des dirigeants, la possibilité de mobiliser des ressources et de multiplier les partenariats et les alliances et l'application, à grande échelle, d'interventions et d'activités valables du point de vue technique, éthique et scientifique restent encore des éléments essentiels et prioritaires pour assurer la réussite de la lutte contre le VIH, le SIDA et les IST dans les Amériques.

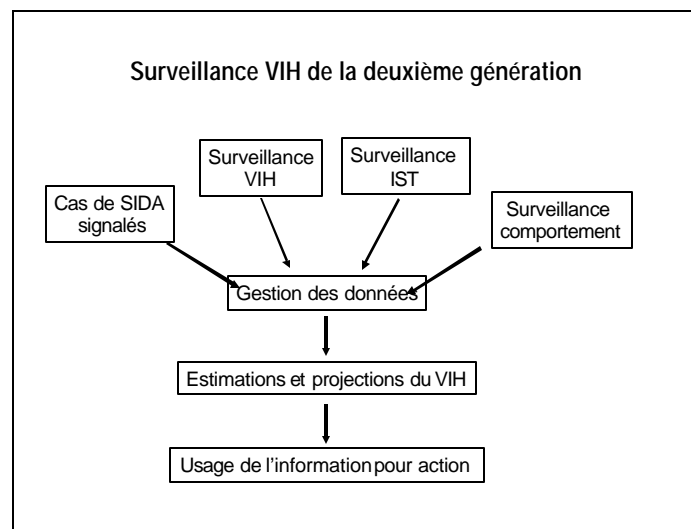
Annexes

## Atteindre les objectifs de surveillance au moyen des réseaux épidémiologiques : surveillance de la deuxième génération

### Résumé des objectifs des systèmes de surveillance de la deuxième génération

- Meilleure compréhension de l'évolution de l'épidémie sur le temps
- Meilleure compréhension des comportements provoquant l'épidémie dans un pays
- Surveillance plus axée sur les sous-groupes à haut risque d'infection
- Surveillance flexible qui se déplace avec les besoins et l'état de l'épidémie
- Meilleure utilisation des données de surveillance pour accroître la compréhension et planifier la prévention et les soins

La surveillance de la deuxième génération se fonde sur les leçons tirées de la surveillance du VIH/SIDA pendant la première décennie et demi. La surveillance de la deuxième génération concentre les méthodes de collecte de données sur des groupes et des sous-groupes appropriés de population et les combine (e.g., données biologiques et de comportement) de sorte à leur donner la plus grande capacité possible pour expliquer les facteurs qui sous-tendent l'épidémie. Les données obtenues sont utilisées pour accroître et améliorer la réponse nationale. La méthodologie de la surveillance de la deuxième génération intègre la surveillance du SIDA, du VIH et des IST et la surveillance des comportements de risque (voir diagramme).



### **Schéma cumulatif par composantes**

Afin de prévoir les normes pour les soins selon différentes situations, trois dimensions distinctes, qui se répercutent sur le choix de ces normes, doivent être considérées.

- La *première dimension* concerne les aspects techniques de l'intervention et dépend de l'efficacité d'interventions précises.
- La *deuxième dimension* est fonction des facteurs sociaux et contextuels qui font que des interventions efficaces soient fonctionnelles dans des conditions opérationnelles.
- La *troisième dimension* concerne l'adoption de normes et dépend du niveau du système de soins sanitaires qui assurent ces interventions (par ex. soins à domicile, soins dans la communauté, cliniques de santé, hôpitaux, centres de référence tertiaires).

Les normes de soins devraient être définies dans chaque pays, à chaque niveau de services et pour chaque groupe de population affecté. Outre les normes universelles, il convient de souligner que les normes locales reflètent le plus haut niveau des soins dispensés dans des circonstances locales.

#### SOINS APPROPRIES VIH/SIDA

- Services de dépistage et de diagnostique
- Service de conseils et soutien psychosocial
- Education et participation de la communauté
- Prophylaxie et traitement d'infections opportunistes et autres infections
- Interventions nutritionnelles
- Traitement des infections sexuellement transmissibles
- Prise en charge du VIH dans le cadre des services d'Obstétrique/Gynécologie (Obs/Gyn)
- Traitement de la douleur et mesures palliatives
- Thérapie antirétrovirale
- Thérapie antitumeur
- Soins neurologiques et psychiatriques
- Prise en charge des toxicomanies
- Procédures chirurgicales
- Prise en charge des doléances et dysfonctions sexuelles

Les scénarios proposés sont les suivants :

**Scénario I :** Dans cette situation, les tests et les médicaments de base (par ex. prophylaxie de la tuberculose (TB), soins palliatifs) sont disponibles en quantité limitée à tous les niveaux du système sanitaire (primaire, secondaire, tertiaire). Les interventions focalisent les activités de *prévention secondaire* (entre autres, la prophylaxie d'infections opportunistes et la décision d'éviter des comportements potentiellement de risque) afin d'écartier une progression de la détérioration physique et d'apporter un soulagement symptomatique. La thérapie antirétrovirale (ARV) est disponible pour la prévention de transmission de la mère à l'enfant (TME) au niveau secondaire du système sanitaire.

**Scénario II :** Dans cette situation, les test et les médicaments sont disponibles à tous les niveaux, y compris quelques ARV au niveau secondaire du système sanitaire. Tous les services prévus pour le Scénario I sont applicables ici, en plus du traitement étiologique des infections opportunistes. Certains médicaments par trop onéreux, tels que les médicaments antitumeur, ne sont pas disponibles aux niveaux primaire et secondaire du système de santé.

**Scénario III :** Dans cette situation, tous les services décrits ci-avant sont disponibles ainsi que des thérapies ARV et des services spécialisés comprenant des médicaments antitumeur.



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



## 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF

Washington, D.C., 26-30 juin 2000

CD42/7 (Fr.)  
Annexe C

### *RESOLUTION*

#### *CE126.R5*

### **SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE (SIDA) DANS LES AMERIQUES**

#### *LA 126<sup>e</sup> SESSION DU COMITE EXECUTIF,*

Ayant considéré le rapport sur le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques (document CE126/9 et Add. I),

#### *DECIDE :*

De recommander au Conseil directeur l'adoption d'une résolution libellée dans les termes suivants :

#### *LE 42<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,*

Ayant examiné le rapport sur le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques (document CD42/\_\_\_);

Reconnaissant l'étroite relation qu'il y a entre la transmission sexuelle et verticale du VIH et la présence d'autres infections sexuellement transmissibles (IST);

Conscient de l'évolution de l'épidémie du VIH/SIDA/IST dans les Amériques et du grave problème qu'entraîne le nombre croissant de personnes exigeant une prestation intégrale de services de prévention et de soins pour le VIH/SIDA/IST; et

Tenant compte des développements technologiques et des interventions et expériences réussies dans la Région et dans le monde en vue de prévenir et d'endiguer la transmission par voie sexuelle, par le sang ou de la mère à l'enfant, du VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles,

***DECIDE :***

1. De prier instamment les Etats Membres de :
  - a) consolider les activités nationales de lutte contre le VIH/SIDA/IST et encourager la coopération technique et maximiser la collaboration inter-pays par le biais d'initiatives et de programmes mis en place aux niveaux régional, sous-régional et national;
  - b) renforcer la capacité de surveillance des programmes techniques pour mieux suivre les tendances quant à l'épidémie de VIH/SIDA/IST et d'ajuster en voie de conséquence les réponses et les stratégies nationales;
  - c) continuer à accorder une grande importance à la prévention, surtout à la transmission du VIH par voie sexuelle ou de la mère à l'enfant, par le biais de tests et d'activités volontaires de conseil, ainsi que par d'autres mesures adéquates de prévention y compris la formulation de politiques sur les médicaments et l'allaitement maternel fondées sur les progrès de la science;
  - d) envisager la prévention du VIH et les soins pour ceux atteints par le VIH/SIDA comme une gamme complète de services adaptés aux besoins locaux en utilisant efficacement les ressources (approche "par composantes").
2. De demander au Directeur de :
  - a) continuer à faciliter une plus grande participation et collaboration avec d'autres institutions et organismes, et cela tout particulièrement avec l'ONUSIDA, aux fins de lutter contre le VIH/SIDA/IST dans les Amériques;
  - b) renforcer la capacité régionale de collaboration technique surtout dans les domaines du marketing social et la communication, de la promotion d'une sexualité saine et des services complets de prévention du VIH et des soins pour ceux atteints par le VIH/SIDA/IST;

- c) continuer à travailler en faveur de la mise en place du Fonds régional renouvelable pour l'achat de produits stratégiques destinés à la santé publique et de mécanismes permettant aux États Membres d'avoir accès à ce Fonds.

*(Sixième séance, 28 juin 2000)*