



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



25^e CONFERENCE SANITAIRE PANAMERICAINE 50^e SESSION DU COMITE REGIONAL

Washington, D.C., 21-25 septembre 1998

Point 4.7 de l'ordre du jour provisoire

CSP25/13 (Fr.)

15 juillet 1998

ORIGINAL : ANGLAIS-ESPAGNOL

SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE (SIDA) DANS LES AMERIQUES

Dans la majorité des pays des Amériques, l'épidémie de VIH/SIDA continue de se concentrer sur des groupes spécifiques à risque. Cette situation offre une possibilité d'accroître les efforts nationaux et de préparer une réponse intersectorielle plus étendue avant que l'épidémie ne se répande à la population générale.

Le présent rapport passe en revue l'état de la surveillance, la gestion et la planification des programmes de lutte contre le SIDA; des interventions comportementales; des soins des personnes infectées par le VIH/SIDA et de la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST), et il propose des mécanismes pour renforcer la réponse au VIH/SIDA et aux MST au niveau national. Un domaine qui mérite une attention particulière est celui de la prévention et de la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, car elles contribuent sensiblement à la dissémination rapide du VIH parmi les adolescents et les jeunes adultes, hommes et femmes.

Au cours de sa 122^e session, le Comité exécutif a souligné la nécessité de poursuivre les efforts dans la lutte contre le VIH/SIDA et d'adopter une stratégie régionale de prévention et de contrôle des maladies sexuellement transmissibles, ainsi que d'étudier des mécanismes destinés à améliorer les soins des patients, comprenant un accès plus généralisé aux médicaments antirétroviraux tout comme la prévention de la transmission périnatale du VIH. De même le Comité exécutif a proposé une résolution (CE122.R10) sur ce qui précède pour la soumettre à la considération de la Conférence sanitaire panaméricaine.

TABLE DES MATIERES

| | <i>Page</i> |
|--|-------------|
| Résumé d'orientation..... | 3 |
| 1. Introduction | 4 |
| 2. Typologie de l'épidémie de VIH/SIDA/MST dans les Amériques..... | 4 |
| 3. Priorités et réponses actuelles | 5 |
| 3.1 Surveillance..... | 7 |
| 3.2 Questions en matière de gestion et de politiques sanitaires | 10 |
| 3.3 Interventions comportementales | 10 |
| 3.4 Modèles de soins pour le VIH/SIDA | 12 |
| 3.5 Prévention et lutte contre les MST | 13 |
| 4. Stratégie PES.MST de l'Organisation mondiale de la Santé | 13 |
| 4.1 Eléments de base de la PES.MST | 13 |
| 4.2 Exécution de la PES.MST au niveau des pays dans les Amériques | 14 |
| 5. Etat de la science en matière de thérapies antirétrovirales et prévention de la transmission périnatale..... | 16 |
| 5.1 Thérapies antirétrovirales | 16 |
| 5.2 Prévention de la transmission périnatale..... | 16 |
| 6. Perspectives d'avenir | 17 |
| Annexe : résolution CE122.R10 | |

RESUME D'ORIENTATION

En Amérique latine et aux Caraïbes, selon les estimations 1,6 million de personnes sont infectées par le VIH. Plus de 200 000 ont développé le SIDA et sont maintenant victimes de tous les problèmes liés à cette condition. En outre, environ 40 millions d'hommes et de femmes sont contaminés chaque année par une infection transmise sexuellement. L'épidémie de VIH/SIDA/MST dans les Amériques n'est pas homogène, elle consiste au contraire en une mosaïque de transmission lente, d'épidémies concentrées et d'épidémies généralisées qui nécessitent des approches appropriées pour arrêter leur propagation. Il faudra renforcer davantage les principaux domaines techniques d'activité des programmes nationaux (surveillance, planification et gestion, prévention et soins, et lutte contre les maladies sexuellement transmissibles). Ce rapport contient une brève description de l'état actuel de ces composantes, une actualisation de la thérapie antirétrovirale (ARV) de combinaison pour le traitement des malades du VIH/SIDA et l'utilisation de l'AZT dans la prévention de la transmission verticale (de mère à enfant) du VIH.

Le besoin de renforcer les programmes de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles dans la Région constitue un point très important du rapport. A cette fin, le Secrétariat propose que la Conférence examine la stratégie de l'OMS pour la prévention et les soins des maladies sexuellement transmissibles (PES.MST), pour la faire éventuellement adopter par les Etats Membres. Enfin, le rapport mentionne également quelques-uns des mécanismes destinés à renforcer la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA/MST dans les pays, tels que participation intersectorielle, décentralisation de l'expertise technique, exploration de mécanismes supplémentaires de financement, et création de réseaux de coopération interpays.

Après avoir discuté de ce thème, le Comité exécutif a recommandé, par le biais d'une proposition de résolution à la Conférence (résolution CE122.R10, annexe), que les Etats Membres redoublent leurs efforts pour combattre le VIH/SIDA et qu'ils appuient l'adoption d'une stratégie régionale pour la prévention des maladies sexuellement transmissibles, en demandant au Directeur qu'il renforce la capacité régionale pour la prévention et le contrôle des MST et qu'il continue à étudier des mécanismes destinés à améliorer les soins des malades du VIH/SIDA, dont un accès plus généralisé aux médicaments antirétroviraux et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Les Membres du Comité ont également souligné à quel point il est important que l'Organisation guide et donne son appui à la formulation de règles et de critères éthiques portant sur la réalisation d'essais cliniques et la fabrication de vaccins, ainsi que sur les aspects de dépistage et de recherche de cas de VIH et de SIDA.

1. Introduction

L'année 1997 a été remarquable pour la lutte contre le SIDA. D'un côté, l'accès plus généralisé aux thérapies antirétrovirales (ARV) efficaces—mais encore chères—dans les pays industrialisés et dans quelques pays en développement s'est traduit par une chute de la mortalité due au SIDA, ainsi que par une diminution de la progression des infections par le VIH en faveur des maladies cliniques. Conjugués à des interventions comportementales bien ciblées et à l'adoption de pratiques sexuelles à moindre risque, ces développements constituent une espérance véritable de pouvoir venir à bout de cette épidémie dévastatrice. Paradoxalement, dans la grande majorité des pays en développement, les cas de SIDA et d'infection par le VIH continuent à se multiplier en raison des disparités économiques et structurelles entre nations et des inégalités persistantes entre individus et populations. En outre, les maladies sexuellement transmissibles continuent à affecter plus de 300 millions d'hommes et de femmes chaque année dans le monde entier (dont 40 millions dans les Amériques), malgré le fait que les connaissances et l'expertise soient disponibles pour réduire considérablement leur transmission et leur impact dans la plupart des pays de la Région.

2. Typologie de l'épidémie de VIH/SIDA/MST dans les Amériques

L'OPS estime qu'il existe 2,5 millions de personnes infectées par le VIH dans les Amériques. En Amérique latine et dans les Caraïbes on dénombre 5,4% du total mondial (1,6 millions de personnes infectées) et plus de 200 000 cas de SIDA (3,0% du nombre total dans le monde). L'épidémie de VIH/SIDA au Canada et aux Etats-Unis d'Amérique ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes indique une grande hétérogénéité, avec des différences claires entre pays et dans les pays. Il est par conséquent essentiel d'identifier la typologie des différentes épidémies qui frappent les différents pays pour planifier et mettre en œuvre les stratégies de prévention et de soins les plus appropriées à chaque situation. Les trois types d'épidémie du VIH convenus à deux réunions mondiales d'experts (Berlin, 1997, Genève, 1998) sont les épidémies de type transmission lente, concentrée et généralisée.

- *L'épidémie de type transmission lente* se caractérise par des prévalences d'infection par le VIH inférieures à 5% dans des groupes de population à comportement à haut risque (par ex. : les professionnelles du sexe, les hommes à multiples partenaires masculins, les toxicomanes par voie IV), mais la prévalence du VIH au sein de la population générale (mesurée auprès des femmes qui reçoivent des soins prénatals en milieu urbain) est pratiquement nulle.
- *L'épidémie concentrée* se caractérise par des prévalences de l'infection à VIH supérieures à 5% dans un ou plusieurs groupes de population à comportement à

haut risque. Toutefois, la prévalence au sein de la population générale (mesurée auprès des femmes enceintes) demeure inférieure à 5%.

- *L'épidémie généralisée* est celle où le VIH s'est propagé des groupes de population à comportement à haut risque à la population générale, et où par conséquent, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes est supérieure à 5%.

On peut classer la plupart des épidémies en Amérique latine et dans les Caraïbes dans la catégorie des épidémies concentrées, c'est-à-dire que les épidémies nationales continuent de toucher des groupes de population à comportement à haut risque, parmi lesquels les taux d'infection dépassent 5%. Par conséquent, l'épidémie continue de faire des ravages parmi les hommes qui ont des rapports sexuels non protégés avec d'autres hommes, et les consommateurs de drogue par injection et leurs partenaires sexuels.

Il existe des pays dans les Amériques touchés par une épidémie de type transmission lente, e.g., Bolivie, Cuba, Nicaragua et Paraguay, et d'autres pays et zones touchés par des épidémies concentrées, par exemple les zones urbaines du Canada et des États-Unis. Les épidémies en Haïti et plusieurs autres pays des Caraïbes (Bahamas, Guyane) ainsi que des zones urbaines du Brésil et de la côte atlantique du Honduras peuvent être considérées comme étant de type généralisé.

En général, l'épidémie de VIH/SIDA en Amérique latine et dans les Caraïbes ne s'est pas propagée à l'ensemble de la population. Toutefois, les taux sont en augmentation dans les grands centres urbains, parmi des groupes choisis de populations (e.g., les femmes et les jeunes adultes) et parmi les couches plus pauvres et illettrées de la société qui n'ont pas accès aux services de santé. Le faible niveau de l'épidémie et ses degrés de concentration donnent aux gouvernements, politiciens, institutions, professionnels, communautés et particuliers une occasion de prendre les mesures nécessaires pour arrêter sa propagation. Les interventions et les ressources devraient être cohérentes avec le type et les caractéristiques de l'épidémie compte tenu de l'information recueillie au niveau du pays. Le Tableau 1 montre la distribution relative de l'infection du VIH parmi des groupes choisis de populations (consommateurs de drogues par injection, hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, et populations hétérosexuelles, y compris les professionnels du sexe).

3. Priorités et réponses actuelles

Afin d'apporter une réponse valable sur le plan technique à l'épidémie de VIH/SIDA, les autorités sanitaires et l'OPS consacrent leurs efforts aux domaines suivants :

Tableau 1. Distribution des cas d'infection à VIH parmi des populations choisies dans la Région des Amériques

| Sous-région/Pays | Catégories de populations | | |
|--------------------------|---------------------------|-----|-----|
| | CDI | HSH | HET |
| Andes | | | |
| Bolivie | 0 | + | + |
| Colombie | 0 | ++ | + |
| Equateur | 0 | + | + |
| Pérou | 0 | +++ | + |
| Venezuela | 0 | +++ | + |
| Brésil | +++ | +++ | ++ |
| Amérique centrale | | | |
| Belize | 0 | ++ | ++ |
| Costa Rica | 0 | +++ | ++ |
| El Salvador | 0 | ++ | ++ |
| Guatemala | 0 | +++ | ++ |
| Honduras | 0 | ++ | ++ |
| Nicaragua | 0 | +++ | + |
| Panama | + | +++ | ++ |
| Caraïbes latines | | | |
| Cuba | + | + | + |
| Haïti | 0 | ++ | +++ |
| Rép. dominicaine | ++ | ++ | ++ |
| Caraïbes | | | |
| Anguille | 0 | 0 | 0 |
| Antigua et Barbuda | + | ++ | ++ |
| Antilles néerlandaises | ++ | ++ | ++ |
| Aruba | 0 | ++ | + |
| Bahamas | 0 | + | ++ |
| Barbade | 0 | ++ | ++ |
| Bermudes | +++ | ++ | + |
| Caïmans | 0 | 0 | + |
| Dominique | 0 | +++ | ++ |
| Grenade | 0 | + | + |
| Guadeloupe | + | ++ | ++ |
| Guyane | + | ++ | +++ |
| Guyane française | + | ++ | ++ |
| Jamaïque | 0 | ++ | ++ |
| Martinique | + | ++ | ++ |
| Montserrat | 0 | 0 | 0 |
| Saint-Kitts-Nevis | + | + | ++ |

| Sous-région/Pays | Catégories de populations | | |
|---------------------------|---------------------------|-----|-----|
| | CDI | HSH | HET |
| Caraïbes (cont.) | | | |
| Sainte-Lucie | 0 | 0 | + |
| St. Vincent et Grenadines | + | 0 | + |
| Surinam | + | ++ | ++ |
| Trinité et Tobago | 0 | ++ | ++ |
| Turks et Caicos | 0 | + | ++ |
| Vierges (GB) | 0 | 0 | ++ |
| | | | |
| Amérique du Nord | | | |
| Canada | ++ | +++ | +++ |
| Etats-Unis d'Amérique* | +++ | +++ | +++ |
| Mexique | + | +++ | ++ |
| | | | |
| Cône Sud | | | |
| Argentine | +++ | +++ | ++ |
| Chili | + | ++ | + |
| Paraguay | + | + | + |
| Uruguay | ++ | ++ | + |

+++ Elevé ou à croissance rapide
 ++ Relativement faible ou en palier injection
 + Composante non importante
 0 Ne constitue pas un problème
 * Ceci inclut Porto Rico

Catégories de populations :
 CDI Consommateurs de drogue injectable
 HSH Hommes ayant des rapports sexuels avec
 d'autres hommes
 HET Hétérosexuels

3.1 Surveillance

La surveillance de l'épidémie de VIH/SIDA a été fondée sur la surveillance et l'analyse des cas signalés de SIDA pour déterminer les tendances et établir des projections et des estimations. De nombreux pays possèdent un système fiable de notification des cas de SIDA, établi formellement au milieu des années 80. Ces systèmes nationaux de surveillance donnent des informations aux systèmes régionaux et mondiaux de surveillance. Toutefois, des facteurs tels qu'une sous-notification ou des variations de la définition même des cas de SIDA utilisée entre pays et au sein des pays, limitent l'utilité de ces données.

Le Tableau 2 donne des informations sur les cas de SIDA notifiés à l'OPS jusqu'au 31 mars 1998. Le fait que l'utilisation exclusive des cas de SIDA notifiés pour surveiller l'épidémie ne donne qu'une idée seulement de la transmission du VIH qui s'est passée il y a cinq ans, dix ans ou même plus, constitue le facteur restrictif le plus important à l'utilisation de ces données. Par conséquent, les systèmes de notification des

**Tableau 2. Nombre de cas signalés de SIDA par an, et cas et décès cumulés,
par pays et sous-région au 31 mars 1998**

| SOUS-REGION Pays ou territoire | Nombre de cas | | | | | | | | | Date du dernier rapport |
|-----------------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|--------------------|----------------|-------------------------------|
| | Jusqu'à 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997(a) | Total cumulé(b) | Total décès | |
| TOTAL REGIONAL | 333 318 | 105 439 | 109 402 | 103 545 | 98 477 | 90 818 | 41 141 | 889 055 | 511 772 | |
| AMERIQUE LATINE | 61 922 | 23 521 | 27 293 | 29 145 | 28 956 | 33 584 | 8 738 | 219 942 | 102 392 | |
| ANDES | 6 872 | 2 554 | 2 498 | 3 385 | 3 029 | 3 005 | 1 710 | 23 723 | 10 416 | |
| Bolivie | 47 | 19 | 21 | 19 | 15 | 28 | 30 | 179 | 107 | 31/03/98 |
| Colombie | 2 804 | 934 | 740 | 1 361 | 910 | 1 095 | 589 | 8 433 | 3 375 | 31/12/97 |
| Equateur | 198 | 69 | 90 | 117 | 69 | 67 | 15 | 625 | 430 | 31/03/97 |
| Pérou | 1 339 | 646 | 669 | 787 | 1 063 | 1 148 | 882 | 7 204 | 2 220 | 31/03/98 |
| Venezuela | 2 484 | 886 | 978 | 1 101 | 972 | 667 | 194 | 7 282 | 4 284 | 31/03/98 |
| CONE SUD | 2 725 | 1 420 | 1 799 | 2 471 | 2 127 | 2 738 | 1 800 | 15 080 | 5 457 | |
| Argentine | 1 874 | 1 103 | 1 413 | 2 036 | 1 682 | 2 165 | 1233 | 11 506 | 3 282 | 31/12/97 |
| Chili c) | 535 | 199 | 238 | 292 | 295 | 363 | 290 | 2 212 | 1 426 | 31/12/97 |
| Paraguay | 71 | 28 | 45 | 24 | 23 | 54 | 104 | 349 | 197 | 31/03/98 |
| Uruguay | 245 | 90 | 103 | 119 | 127 | 156 | 173 | 1 013 | 552 | 31/12/97 |
| BRESIL c) | 33 852 | 13 759 | 15 576 | 16 713 | 16 781 | 23 718 | | 120 399 | 62 503 | 11/11/97 |
| ISTHME AMERIQUE CENTRALE | 3 362 | 1 326 | 1 890 | 1 961 | 2 118 | 2 738 | 2 408 | 15 913 | 3 869 | |
| Belize | 46 | 13 | 24 | 18 | 28 | 38 | ... | 198 | 190 | 31/12/96 |
| Costa Rica | 325 | 127 | 127 | 163 | 207 | 202 | 127 | 1 284 | 674 | 30/09/97 |
| El Salvador | 315 | 114 | 176 | 387 | 380 | 417 | 230 | 2 019 | 289 | 30/06/97 |
| Guatemala | 277 | 94 | 178 | 110 | 141 | 835 | 760 | 2 395 | 537 | 31/03/98 |
| Honduras | 2012 | 851 | 1 183 | 1 058 | 1 138 | 978 | 929 | 8 217 | 1 081 | 31/12/97 |
| Nicaragua | 29 | 10 | 24 | 38 | 21 | 25 | 28 | 180 | 105 | 31/03/98 |
| Panama | 358 | 117 | 178 | 187 | 203 | 243 | 334 | 1 620 | 993 | 31/12/97 |
| CARAIBES LATINES | 6 054 | 1 252 | 472 | 504 | 591 | 480 | 325 | 9 708 | 1 636 | |
| Cuba | 108 | 71 | 82 | 102 | 116 | 99 | 111 | 689 | 481 | 31/12/97 |
| Rép. dominicaine | 1 785 | 375 | 390 | 402 | 475 | 381 | 214 | 4 052 | 858 | 30/09/97 |
| Haïti | 4 161 | 806 | ... | ... | ... | ... | ... | 4 967 | 297 | 31/12/92 |
| Porto Rico d) | 8 683 | 2 250 | 2 374 | 673 | ... | ... | ... | 13 980 | 8 183 | 30/09/94 |
| CARAIBES | 3 974 | 1 155 | 1 335 | 1 529 | 1 855 | 1 872 | 1 174 | 12 926 | 7 642 | |
| Anguille | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | ... | ... | 5 | 3 | 31/12/95 |
| Antigua et Barbuda | 16 | 14 | 18 | 16 | 7 | 13 | 6 | 90 | 68 | 30/09/97 |
| Antilles néerlandaises | 100 | 10 | 47 | 0 | 76 | ... | ... | 233 | 74 | 31/12/95 |
| Aruba | 11 | 3 | 1 | 0 | 6 | 1 | ... | 22 | 17 | 30/06/96 |
| Bahamas | 838 | 254 | 297 | 322 | 390 | 374 | 273 | 2 748 | 1 755 | 30/09/97 |
| Barbade | 252 | 78 | 88 | 119 | 95 | 130 | 113 | 875 | 742 | 31/12/97 |
| Bermudes | 191 | 17 | 15 | 44 | 48 | 17 | 13 | 345 | 241 | 30/06/97 |
| Caimans | 11 | 4 | 0 | 3 | 0 | 3 | 1 | 22 | 18 | 31/12/97 |
| Dominique | 12 | 0 | 14 | 6 | 5 | 14 | 19 | 70 | 83 | 31/12/97 |
| Grenada | 31 | 4 | 21 | 7 | 18 | 18 | 4 | 103 | 68 | 30/09/97 |
| Guadeloupe | 311 | 81 | 77 | 104 | 106 | 73 | 38 | 790 | 226 | 31/12/97 |
| Guyane | 230 | 160 | 107 | 105 | 96 | 144 | 115 | 957 | 357 | 31/12/97 |
| Guyane française | 230 | 73 | 52 | 70 | 78 | 62 | 35 | 641 | 267 | 31/12/97 |

| SOUS-REGION Pays ou territoire | Nombre de cas | | | | | | | | | Date du dernier rapport | |
|-----------------------------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------------|----------------|-------------------------------|--|
| | Jusqu'à 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997(a) | Total cumulé(b) | Total décès | | |
| CARAIBES (cont.) | | | | | | | | | | | |
| Jamaïque | 333 | 100 | 236 | 359 | 505 | 527 | 370 | 2 430 | 1 320 | 30/09/97 | |
| Martinique | 193 | 44 | 44 | 49 | 41 | 42 | 23 | 436 | | 31/12/97 | |
| Montserrat | 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 31/03/97 | |
| Saint-Kitts-Nevis | 31 | 4 | 3 | 5 | 5 | 6 | 4 | 58 | 33 | 31/06/97 | |
| Sainte-Lucie | 33 | 8 | 12 | 13 | 10 | 14 | 15 | 105 | 99 | 31/12/97 | |
| St. Vincent et Grenadines | 41 | 55 | 8 | 8 | 6 | 19 | 24 | 111 | 106 | 30/09/97 | |
| Surinam | 106 | 28 | 35 | 20 | 20 | 2 | ... | 211 | 191 | 31/12/96 | |
| Trinité et Tobago | 968 | 263 | 243 | 269 | 340 | 412 | 118 | 2 613 | 1 754 | 31/03/97 | |
| Turks et Caicos | 21 | 4 | 14 | ... | ... | ... | ... | 39 | 30 | 30/09/93 | |
| Vierges (GB) | 4 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 15 | 6 | 31/12/97 | |
| AMERIQUE DU NORD | 276 479 | 83 973 | 86 832 | 76 991 | 71 976 | 56 267 | 33 724 | 691 306 | 420 249 | | |
| Canada | 7 690 | 1 709 | 1 725 | 1 671 | 1 433 | 797 | 76 | 15 101 | 11 046 | 30/06/97 | |
| Etats-Unis d'Amérique e) | 259 732 | 79 054 | 79 049 | 71 209 | 66 233 | 54 565 | 31 153 | 641 086 | 390 692 | 31/12/96 | |
| Mexique c) | 9 057 | 3 210 | 5 058 | 4 111 | 4 310 | 905 | 2 495 | 35 119 | 18 511 | 31/03/98 | |

* Comprend les cas signalés au premier semestre de 1998.

a) Les données de 1996 sont incomplètes en raison de retard de notification.

b) Peut comporter des cas pour année de diagnostic inconnu.

c) Le pays possède des données révisées.

d) L'information fournie par Porto Rico n'est pas comprise dans les totaux des Caraïbes latines

e) Le nombre total cumulé de cas par date de diagnostic et de décès pour les Etats-Unis d'Amérique comprend les données de Porto Rico.

cas de SIDA ne sont pas les meilleures sources pour déterminer la vitesse de la propagation ou détecter des changements rapides dans l'épidémie. Pour cette raison, les données fournies par un réseau sentinelle bien conçu de surveillance du VIH sont nécessaires pour établir des projections sur l'avenir de l'épidémie.

La majorité des pays de la Région ont mis en œuvre des activités de surveillance du VIH par réseau sentinelle, mais les variations dans la façon dont ces activités sont menées rendent parfois difficile l'analyse et l'interprétation des données. Le renforcement des systèmes existants de surveillance du VIH devrait se traduire par ce que l'OMS et l'ONUSIDA appellent maintenant la surveillance de deuxième génération (SDG), qui s'appuie sur les scénarios actuels des pays et introduit des innovations qui aideront à améliorer les connaissances concernant l'épidémie. La surveillance de deuxième génération en Amérique latine et dans les Caraïbes fera appel à une combinaison d'instruments anciens et nouveaux et à des approches telles que la notification des cas de VIH et de SIDA, la séro-surveillance du VIH, la surveillance moléculaire, les indicateurs de mortalité et la surveillance comportementale par réseau sentinelle. La SDG dotera les Etats Membres et les programmes nationaux de SIDA des informations requises pour assurer et élargir la prévention et les soins appropriés et efficaces pour lutter contre le VIH/SIDA.

3.2 Questions en matière de gestion et de politiques sanitaires

La plupart des Etats Membres sont parvenus à former un cadre national accessible de techniciens et de professionnels bien qualifiés. Dans quelques pays, le recrutement ciblé d'expertise gestionnaire et la formation à la gestion en cours d'emploi se sont traduits par un accès à de meilleures compétences et méthodes de gestion dans le programme du SIDA. Toutefois, l'amélioration des compétences nationales en matière de politique et de gestion sanitaires n'a pas progressé aussi rapidement que dans d'autres domaines techniques (e.g., laboratoires, épidémiologie, consultations). Il faudrait par conséquent accorder une plus grande attention aux domaines de la planification stratégique, la conception, l'exécution et l'évaluation des projets, ainsi qu'à la capacité de mobiliser les ressources intérieures et extérieures et de collaborer avec d'autres secteurs.

Du point de vue de la politique sanitaire, l'épidémie de VIH et de SIDA a soulevé sur les plans technique, social, économique, politique et éthique des questions importantes qui sont traitées avec des degrés variables d'attention et de succès dans les pays. Quelques exemples de réussite comprennent les mesures et méthodes destinées à assurer la pureté du sang et des produits sanguins et les examens et conseils aux femmes enceintes, ainsi que la disponibilité de l'AZT pour prévenir la transmission périnatale dans un nombre croissant de pays.

D'autre part, des orientations claires, relatives à des questions portant à controverse telles que la commercialisation sociale des préservatifs, l'éducation sexuelle à l'école, l'accès aux médicaments antirétroviraux et les services pour travailleurs migrants ou les professionnelles du sexe, ont parfois été plus difficiles à formuler. Dans le contexte des valeurs sociales et culturelles, du respect des droits individuels et du bien-être collectif, il importe au plus haut point que les Etats Membres continuent à mettre en place les politiques les plus appropriées, mesures législatives comprises, pour aider à lutter contre le VIH/SIDA. Des exemples illustrant ces politiques comprennent la non-discrimination à l'accès à l'éducation, au travail, aux services de santé et au logement pour les personnes atteintes par le VIH.

3.3 *Interventions comportementales*

Les changements dans le comportement et l'adoption de méthodes préventives continuent à constituer la pierre angulaire de la maîtrise de l'épidémie de VIH/SIDA. Des initiatives reposant sur un fondement solide devraient se composer de deux stratégies convergentes : 1) l'établissement d'environnements de société adéquats, et 2) l'élaboration d'interventions appropriées.

3.3.1 *Etablissement d'environnements de société adéquats*

L'affectation de ressources adéquates et la mise en œuvre de politiques de soutien ou d'instruments juridiques pour entreprendre des actions préventives se sont avérées être des activités fondamentales dans l'établissement d'environnements de société adéquats afin de favoriser des comportements plus sains. Par exemple, des messages médiatiques bien conçus, sponsorisés par les autorités sanitaires attirent l'attention du public et suscitent la crédibilité. Ces messages contribuent à créer des opinions et des attitudes favorables et à entretenir la conscience sociale du grand public sur la santé et les problèmes de santé. En conséquence, les campagnes sanitaires visant le grand public constituent de solides points de départ au développement d'interventions comportementales, même si par elles-mêmes, elles ne déclenchent pas de changements comportementaux individuels.

3.3.2 *Elaboration des interventions*

Cet élément a pour objet la planification et l'exécution d'activités sur le plan de l'éducation et du développement des compétences, ainsi que les systèmes logistiques d'achat et de distribution de produits (e.g. préservatifs, gants en caoutchouc) pour protéger les personnes à risque. Dans des pays où le niveau de l'épidémie de VIH est faible (tels que la Bolivie et Cuba), les interventions devraient être ciblées sur des groupes de populations spécifiques à comportement à haut risque. Les résultats des études de comportement de référence devraient servir à établir et soutenir des approches appropriées.

Dans les pays où l'épidémie est concentrée (la plupart des pays d'Amérique latine), les interventions ciblées devraient tenir compte de la variété des interactions sociales positives et négatives qui peuvent appuyer ou au contraire avoir un effet négatif sur l'éducation et le comportement. Il semble par exemple que l'éducation des jeunes a un impact plus fort lorsque les interventions à l'école se combinent avec l'éducation de leurs pairs et l'emploi d'approches informelles (dessins animés, clips vidéo, jeux vidéo, etc.). Avec les personnes à haut risque, des activités de consultation bien conçues contribuent considérablement à l'adoption de pratiques sexuelles à moindre risque.

Les faits observés dans le monde entier montrent que, sans distinction du groupe ciblé, les interventions comportementales doivent comprendre le développement de compétences telles que la prise de décision, la résistance à la pression des pairs, la négociation de pratiques sexuelles à moindre risque, l'apprentissage d'une communication efficace avec les partenaires sexuels, et l'adoption de comportements sains et d'autres capacités destinées à renforcer l'initiative personnelle et la responsabilité sociale. L'accès à des préservatifs de bonne qualité et à des seringues et aiguilles stériles est d'une suprême importance pour réduire davantage le risque de dissémination du VIH/SIDA. Par conséquent, des systèmes logistiques d'achat et de distribution des préservatifs et de

matériel d'injection devraient être en place pour assurer que les stratégies de prévention ne soient pas entravées par l'absence de ressources matérielles.

Dans les pays où l'épidémie est généralisée, la fréquence d'infection pédiatrique par le VIH est plus élevée étant donné les cas plus nombreux de transmission de l'infection de la mère à l'enfant. Par conséquent, il faut consacrer les efforts à la prévention de la transmission des mères à leurs bébés. Outre les approches biomédicales déjà disponibles (voir section 5.2), le fait d'éduquer et de conseiller les femmes enceintes et leurs partenaires constitue une composante cruciale de la diminution de la transmission périnatale.

3.4 Modèles de soins VIH/SIDA

La demande croissante de soins complets pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA émane de la propagation ininterrompue de l'épidémie, d'un besoin croissant et de la connaissance des thérapies ARV concluantes parmi les malades, les prestataires de soins de santé et le grand public. Les prestataires de soins de santé sont davantage en mesure de reconnaître les manifestations des maladies liées au VIH et les personnes sont davantage disposées à se faire soigner si elles se rendent compte elles-mêmes qu'elles risquent d'être infectées ou si elles espèrent bénéficier des développements récents de la thérapie antirétrovirale. Étant donné que les soins des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont complexes et chers, il est important de définir des points dans un continuum de soins conformément à la situation épidémiologique et économique des États Membres. Ceci aiderait les pays à établir leurs priorités et à investir rationnellement les ressources disponibles.

Là où l'épidémie de VIH/SIDA est de faible niveau ou concentrée, il faudrait tout d'abord envisager d'assurer l'accès aux conseils et examens et de créer des systèmes d'aiguillage des malades. Si l'épidémie s'est propagée au-delà de groupes spécifiques à risque (i.e. épidémie généralisée), il faudrait que soient disponibles la prophylaxie et des mesures pour prévenir la transmission d'infections opportunistes, en particulier la tuberculose, ainsi que des interventions pour réduire la transmission verticale. Dans les pays où le VIH/SIDA est responsable d'un accroissement de la morbidité et de la mortalité, il faudrait envisager des modèles de soins à la maison pour soulager les services de soins de santé surchargés. Il faudrait également étudier la possibilité d'un accès accru aux thérapies ARV (e.g. achat en vrac, mécanismes de fonds de roulement).

3.5 *Prévention et lutte contre les MST*

L'interaction d'autres maladies sexuellement transmissibles, en particulier celles qui produisent des ulcères génitaux (i.e., syphilis, chancres, herpès) ou des processus inflammatoires (i.e., gonorrhée, des infections par trichomona et chlamydia), et la transmission du VIH ont été dûment étayées. De plus, les succès obtenus avec les traitements des MST ont montré qu'il est possible de réduire de plus de 40% l'incidence du VIH dans des communautés comparables à Mwanza, en Tanzanie. En dehors de toute considération de cette interaction avec le VIH, les autorités de santé publique devraient accorder toute leur attention aux maladies sexuellement transmissibles en raison de leur impact et de leurs conséquences sur les jeunes adultes, les femmes en particulier, ainsi que les enfants (i.e., pelvipéritonite, carcinome du col de l'utérus, stérilité, syphilis congénitale). Toutefois, au cours de la dernière décennie, la prévention de ces maladies n'a reçu ni l'attention ni les ressources qu'elle méritait. Mais en raison d'un renouveau de l'intérêt scientifique, technique et financier, les conditions sont maintenant propices au lancement d'une réponse plus puissante et plus globale à la prévention et la lutte contre les MST aux niveaux régional et des pays. C'est pourquoi le Programme de l'OPS sur le Syndrome d'immunodéficience acquise et Maladies sexuellement transmissibles propose aux Etats Membres de considérer l'adoption de la stratégie PES.MST de l'OMS.

4. *Stratégie PES.MST de l'Organisation mondiale de la Santé*

A la 5^e réunion des Conseillers MST/VIH/SIDA du Siège et régionaux de l'OMS (Genève, 5-6 mars 1998), l'OMS a présenté une proposition de stratégie globale de prévention et de soins des maladies sexuellement transmissibles (PES.MST).

4.1 *Eléments de base de la PES.MST*

La plupart des éléments de base en vue de l'intégration de la prévention et des soins des MST dans les systèmes de santé ont déjà été établis. La stratégie PES.MST s'efforce de donner une réponse globale et intégrée au problème des maladies sexuellement transmissibles et de leurs conséquences. Les éléments fondamentaux de la PES.MST aux niveaux de la communauté, des services de santé et de la structure de gestion sont les suivants :

4.1.1 *Communauté*

- Promotion d'un comportement sexuel moins risqué intégrée dans l'éducation sanitaire, programmation et commercialisation (le cas échéant) de préservatifs; promotion d'un comportement incitant à la recherche des soins de santé; et information, éducation et communication avec des messages clairs et bien ciblés.

- Dépistage et constatation de cas (i.e., examens des populations pour détecter la probabilité d'infection (dépistage) et examen de particuliers se soignant pour d'autres raisons, pour détecter la présence de MST (détection de cas)).
- Prévention des maladies et promotion des soins en particulier parmi les groupes vulnérables (e.g., travailleurs migrants, chauffeurs de camions, professionnels du sexe et leurs clients).

4.1.2 *Services de santé*

- Diagnostic et traitement rapide des hommes et des femmes et traitement approprié des partenaires, avec intégration des soins des MST dans les services de santé de base (soins de santé primaires).
- Gestion des cas complète, étiologique et syndromique (tous les services, selon les ressources).

4.1.3 *Structure de gestion*

- Structure efficace de gestion intégrée aux programmes VIH/SIDA et traitant des questions telles que disponibilité des médicaments et accès aux médicaments, formation, surveillance, recherche, soutien aux laboratoires; et capacité à assurer la coordination avec d'autres programmes de santé, institutions et secteurs.

4.2 *Exécution de la PES.MST au niveau des pays dans les Amériques*

Même si la connaissance et les compétences techniques pour exécuter la stratégie PES.MST sont disponibles dans tous les pays des Amériques, il est nécessaire d'obtenir l'engagement politique et financier des gouvernements nationaux et locaux pour promouvoir la PES.MST sur une plus grande échelle. Selon les pays, des exemples d'activités liées à la PES.MST peuvent comporter les éléments suivants :

- Renforcement de la surveillance des MST.
- Etablissement de directives nationales actualisées pour la prévention et les soins des MST fondées sur les principes de la PES.MST.
- Création de sites cliniques, intégrés dans les services de santé généraux, pour prêter des soins aux malades de MST.
- Etablissement de centres de laboratoires cliniques de référence.

- Développement de services intégrés spécifiques pour adolescents.
- Mise en place ou élargissement du dépistage de la syphilis auprès des femmes enceintes et traitement des cas identifiés de façon à diminuer la fréquence de la syphilis congénitale.
- Formation des prestataires de soins de santé à la gestion des cas de MST.
- Collecte permanente de données sur pertes urétrales, ulcère génital et pertes vaginales; fréquence de la syphilis chez les femmes enceintes et cas de syphilis congénitale; et utilisation de ces données à des fins de plaidoyer et de planification.
- Inclusion des médicaments pour les MST dans la liste des médicaments essentiels pour qu'ils puissent être achetés et qu'ils soient disponibles sur une base intégrée et permanente aux endroits prodiguant des soins aux personnes souffrant de MST.
- Achat et mise à disposition de préservatifs sur une base intégrée et permanente aux endroits connus pour prodiguer des soins aux personnes souffrant de MST.
- Application des indicateurs de prévention du programme mondial OMS de lutte contre le SIDA pour le suivi et l'évaluation et établissement d'indicateurs de soins supplémentaires.

En 1998, le Programme de l'OPS sur le Syndrome d'immunodéficience acquise et Maladies sexuellement transmissibles a préparé, en collaboration avec les programmes nationaux, un inventaire des besoins ainsi qu'une actualisation de l'état actuel de la prévention des MST dans les Etats Membres afin de créer des mécanismes destinés à renforcer les activités de collaboration technique spécifiques à chaque pays. En outre, il est suggéré qu'un Groupe de travail sur les MST soit établi au niveau régional, avec la participation des experts nationaux, l'Union latino-américaine contre les maladies sexuellement transmissibles (ULACETS), d'autres institutions et agences et d'autres programmes régionaux (e.g. Santé familiale et Population; Femmes, Santé et Développement; Promotion et Protection de la Santé), pour aider concrètement à identifier les besoins supplémentaires et les ressources techniques et financières requises pour la prévention et la lutte contre les MST.

5. Etat de la science en matière de thérapies antirétrovirales et prévention de la transmission périnatale

A sa dernière réunion, le Conseil directeur a demandé une actualisation de ces deux thèmes.

5.1 *Thérapies antirétrovirales*

L'enthousiasme se maintient à propos des résultats positifs (i.e., diminution de la mortalité et de la morbidité) des thérapies de combinaison ARV. Toutefois, les ARV, loin d'être une panacée, ont des problèmes qui limitent leur utilisation. En raison de leur coût élevé, de nombreuses personnes qui pourraient en bénéficier n'y ont pas encore accès. L'OPS étudie en ce moment avec l'industrie pharmaceutique plusieurs options en vue de diminuer les coûts de ces produits dans les Amériques. A l'heure actuelle, l'ONUSIDA étudie également au niveau mondial des mécanismes destinés à améliorer l'accès aux médicaments ARV, le Chili participant à cette initiative. Une des possibilités envisagées, la création d'un fond de roulement interpays ou régional pour les achats en vrac, nécessite néanmoins des capitaux pour son lancement.

D'autres préoccupations concernant le traitement ARV portent sur les éléments suivants : 1) la détérioration de la qualité de vie individuelle (effets secondaires, interactions médicamenteuses, besoin d'adhérer de façon stricte à l'administration du traitement); 2) les pressions sociales basées sur de faux espoirs et attentes; 3) les possibilités accrues de résistance du VIH aux médicaments; et 4) des problèmes d'éthique et des dilemmes (qui devrait bénéficier du traitement s'il n'est disponible que pour un nombre limité de malades). Dans certains contextes, ce dernier point est réglé en définissant des groupes prioritaires selon des différents critères. D'autres problèmes sont réglés avec l'introduction de nouvelles formulations de médicaments disponibles ou avec l'introduction de produits pharmaceutiques nouveaux ou améliorés. Toute décision concernant la fourniture de médicaments d'une manière limitée soulèverait des questions d'équité et de droits de l'homme. Dans un continuum de soins complets idéal, toutes les ressources destinées à assurer des soins appropriés, humains et éthiques aux personnes atteintes du VIH/SIDA devraient être accessibles à tous.

5.2 *Prévention de la transmission périnatale*

Depuis 1994, il est reconnu que l'AZT administré aux femmes enceintes infectées par le VIH pendant la grossesse et l'accouchement et à l'enfant post-partum peut diminuer le risque de transmission périnatale du VIH de deux tiers (de 25 à 8%). Toutefois, l'administration initiale du traitement reconnu pour son efficacité est pesante et chère et, par conséquent, ce traitement n'est pas approprié pour la plupart des pays en

développement. Au cours d'une réunion ONUSIDA/OMS/UNICEF qui s'est tenue à Genève en mars 1998, les participants ont insisté sur le fait que la prévention de la transmission du VIH de mère à enfant devrait devenir une priorité mondiale de la santé publique. Cette proposition a été soutenue par des constatations récentes faites en Thaïlande, montrant l'efficacité d'une administration moins chère (US\$ 100 par rapport à \$1 300) et simplifiée de l'AZT diminuant de 51% le risque de transmission périnatale.

Outre ces résultats, un argument de poids en soutien à la proposition a été l'annonce faite au début de mars 1998 que Glaxo-Wellcome, la compagnie qui fabrique l'AZT, diminuait considérablement son prix pour rendre l'AZT disponible aux femmes enceintes infectées par le VIH dans les pays en développement. Il faudrait cependant tenir compte de certains facteurs avant de recommander l'adoption universelle de ce traitement. Ces facteurs incluent le coût et la viabilité des programmes, les options de traitement de la mère après l'accouchement et les services qui sont requis pour assurer des résultats optimaux de l'usage prophylactique de l'AZT.

6. Perspectives d'avenir

Même si des progrès continus ont été faits dans la création de l'infrastructure de base pour la prévention du VIH/SIDA/MST au cours de la dernière décennie, il n'a pas été tenu suffisamment compte d'une de ses composantes principales, la lutte contre les MST. Quelques pays dans la Région sont devenus autonomes sur les plans technique et financier et sont maintenant en mesure d'apporter une coopération technique et de partager les ressources avec d'autres pays pour la prévention du SIDA. Toutefois, la majorité des programmes nationaux du SIDA nécessitent encore un soutien considérable et des ressources extérieures pour mieux répondre aux réalités nouvelles, dont les principes et directives opérationnelles promues par l'ONUSIDA. En résultat, les activités de prévention du SIDA et des MST dans certains pays ont été considérablement réduites alors que l'épidémie continuait de se propager. A partir de l'expérience acquise par l'OPS en assistant l'ONUSIDA dans les efforts pour lancer une réponse nationale plus vaste, et à partir de la connaissance acquise tout au long des 15 années environ de collaboration avec les Etats Membres dans la prévention du SIDA, l'OPS souhaite proposer à la Conférence sanitaire panaméricaine les mécanismes suivants destinés à renforcer la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA/MST dans les pays :

- Les programmes nationaux devraient continuer à reconnaître, solliciter et même exiger la participation de tous les partenaires pertinents au niveau national (e.g., les secteurs hors santé des gouvernements, les ONG, le secteur privé) dans la lutte contre le VIH/SIDA/MST.
- Il faudrait transférer davantage d'expertise technique aux niveaux locaux au titre du processus de décentralisation. Des exemples de cette approche comprennent,

entre autres, l'expérience du Ministère de la Santé-OPS-Banque interaméricaine de développement avec les éducateurs-dirigeants communautaires au Honduras; la formation des personnels de santé locaux aux soins adéquats des MST en Uruguay; la dissémination et l'application des directives de traitement des MST dans plusieurs pays; et la formation de groupes municipaux responsables de la prévention du SIDA au Mexique et au Brésil.

- Il faudrait rechercher des possibilités d'inclure le financement des activités de prévention du VIH/SIDA/MST dans le cadre de prêts bancaires multilatéraux et de projets d'agences multilatérales pour le développement social.
- Suivant l'exemple du Groupe technique de Coopération horizontale qui est constitué de plusieurs directeurs des programmes nationaux du SIDA, des réseaux similaires de coopération interpays devraient être encouragés et/ou renforcés dans d'autres secteurs et groupes tels que ONG, professions libérales, universitaires et groupes religieux, et les personnes atteintes par le VIH/SIDA.
- Fait plus important, même si le VIH/SIDA et les MST constituent des problèmes qui exigent une approche plurisectorielle, les responsables de la santé publique ne doivent pas abandonner leur responsabilité de guider et orienter les efforts techniques contre le VIH/SIDA et les MST dans le cadre de la réponse plurisectorielle soutenue par le système des Nations Unies et ses agences par l'intermédiaire de l'ONUSIDA.

Pendant les années 1998-1999 et au-delà, l'Organisation continuera à offrir sa collaboration technique et à travailler avec les pays a) au renforcement de la surveillance épidémiologique; b) à l'amélioration, l'intégration et la durabilité des programmes nationaux de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA et les MST; c) à la conception d'interventions spécifiques aux pays; d) à l'établissement de modèles de soins appropriés aux patients; et e) à la promotion d'une réponse intersectorielle et interpays plus vaste à la lutte contre le VIH/SIDA et les MST.

CE122.R10

SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE

LA 122^e SESSION DU COMITE EXECUTIF,

Ayant examiné le rapport sur le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques (Document CE122/15),

DECIDE :

De recommander à la 25^e Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution formulée dans les termes suivants :

LA 25^e CONFERENCE SANITAIRE PANAMERICAINE,

Ayant examiné le rapport sur le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques (Document CSP25/13);

Considérant que l'épidémie du VIH/SIDA est encore concentrée au sein de groupes vulnérables et à haut risque et que cette situation offre une opportunité d'enrayer la propagation de l'épidémie à la population en général des Amériques;

Tenant compte de l'expérience et des réalisations des Etats Membres concernant la mise en place de programmes nationaux de lutte contre le SIDA, le renforcement de la surveillance, le dépistage des dons de sang pour vérifier qu'il n'est pas contaminé et les interventions comportementales ciblant les groupes les plus vulnérables; et

Notant le fait que les maladies sexuellement transmissibles restent des cofacteurs importants de la transmission sexuelle du VIH ainsi que la nécessité de prévenir la transmission périnatale du VIH et d'autres micro-organismes pathogènes et d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience des soins pour le VIH/SIDA/MST,

DECIDE :

1. De prier instamment les Etats Membres :
 - a) de redoubler les efforts de lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre de l'approche multisectorielle encouragée par le Programme conjoint des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA);
 - b) de soutenir l'adoption d'une stratégie régionale pour la prévention et le contrôle des maladies sexuellement transmissibles (PES.MST) en fonction des directives de l'OMS;
 - c) de fixer des priorités nationales pour améliorer la prévention et les soins pour le VIH/SIDA/MST, notamment les conseils et les tests, le traitement et la prophylaxie de la tuberculose et d'autres infections opportunistes, le dépistage et le traitement précoces des MST pouvant être guéries, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la mise au point de modèles appropriés du point de vue culturel concernant les soins pour le VIH/SIDA et un meilleur accès aux thérapies antirétrovirales pour tous ceux qui en ont besoin;
 - d) d'accroître les efforts nationaux de lutte contre le VIH/SIDA et les maladies sexuellement transmissibles et promouvoir la mise en place de réseaux d'information technique et de coopération financière entre les pays.
2. De prier le Directeur de :
 - a) mettre en place des mécanismes pour renforcer la capacité régionale de prévention et de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et d'adapter la stratégie de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les MST (PES.MST) aux Amériques;
 - b) continuer à explorer les stratégies en vue d'améliorer les soins aux patients souffrant de l'infection par le VIH/SIDA, notamment l'accès à l'AZT et à d'autres thérapies antirétrovirales pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et le traitement de l'infection par le VIH et le SIDA.

*(Approuvée lors de la septième séance plénière,
25 juin 1998)*